

RAÇA E GÊNERO NA SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL

René Marc da Costa Silva (Organizador)

2ª Edição E-book

René Marc da Costa Silva

RAÇA E GÊNERO NA SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL

**2ª Edição
e-book**



Brasília - 2013

REITORIA

Reitor

Getúlio Américo Moreira Lopes

Vice-Reitor

Edevaldo Alves da Silva

Pró-Reitora Acadêmica

Presidente do Conselho Editorial

Elizabeth Lopes Manzur

Pró-Reitor Administrativo-Financeiro

Edson Elias Alves da Silva

Secretário-Geral

Maurício de Sousa Neves Filho

DIRETORIA

Diretor Acadêmico

Carlos Alberto da Cruz

Diretor Administrativo-Financeiro

Geraldo Rabelo

Organização

Biblioteca Reitor João Herculino

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

SEPN 707/709 Campus do CEUB

Tel. 3966-1335 / 3966-1336

Projeto Gráfico

UniCEUB/ACC

Diagramação

Renovacio Criação

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Silva, René Marc da Costa (Org.)

Raça e gênero na Saúde Mental do Distrito Federal / Organização René Marc da Costa Silva. – Brasília: UniCEUB, 2013.

119 p.

ISBN 978-85-61990-16-9

1. Saúde Mental. 2. Política Social. 3. Preconceito.

CDU 613.89(817.4)

Andrea Mesquita de Menezes

Antropóloga e professora de Sociologia. Organizou e trabalhou no curso sobre Violência contra mulheres para Policiais das DEAMs e outros profissionais que integram a rede de atendimento as mulheres da Região Centro-Oeste em 2004. Atualmente desenvolve trabalhos na área de Meio Ambiente.

Cristiane de Assis Portela

Graduada em História pela Universidade Estadual de Goiás (2003), Mestre em História pela Universidade Federal de Goiás (2006), Doutoranda em História Social pela Universidade de Brasília (UnB). Professora do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e da Secretaria de Educação do Distrito Federal (SEDF).

Heitor Pereira Silva

Licenciado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte, pós-graduado em Filosofia e em Ensino de Filosofia pela Universidade de Brasília, Mestre em Educação pela Universidade Católica de Brasília. Atualmente é professor da Secretaria de Educação do Distrito Federal e pesquisa sobre Filosofia Francesa Contemporânea, e algumas de suas interfaces com a área da educação e outras questões sociais e políticas.

Luciana K. P. Salum

Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Teorias Psicanalíticas pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB).

René Marc da Costa Silva (org.)

Possui doutorado e mestrado em História pela Universidade de Brasília e graduação em História e Antropologia pela mesma Universidade. É professor titular do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito do UniCEUB - Centro Universitário de Ensino Unificado de Brasília e Coordenador do PADÊ - Grupo de Pesquisa em Filosofia, Raça, Gênero e Direitos Humanos. Tem experiência na área de História, com ênfase em História Regional do Brasil e História Contemporânea, atuando principalmente nos seguintes temas: raça, gênero, cidadania, identidade, desigualdade, direitos humanos e ética.

APRESENTAÇÃO	9
---------------------------	----------

RAÇA E GÊNERO NA SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL.....	13
---	-----------

René Marc da Costa Silva

PRAZER, PROZAC!.....	51
-----------------------------	-----------

Luciana K. P. Salum

REFLEXÕES ACERCA DO CORPO, DA SAUDADE... E DE OUTRAS AUSÊNCIAS	61
---	-----------

Heitor Pereira Silva

CENÁRIOS DE SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS DE SEGREGAÇÃO NO DF	77
---	-----------

Cristiane de Assis Portela

OS IMPACTOS DA DISCRIMINAÇÃO, VIOLÊNCIA E POBREZA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES	105
---	------------

Andrea Mesquita de Menezes

René Marc da Costa Silva

APRESENTAÇÃO

O presente livro é resultado de pesquisa realizada com financiamento do CNPQ, cujo objetivo foi construir o perfil sócio-econômico e cultural da população manicomial atendida ou acolhida em duas das mais importantes instituições de saúde mental do Distrito Federal; O Instituto de Saúde mental (ISM) e o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP).

O volume apresenta, além do relatório de pesquisa produzido por mim, coordenador da pesquisa, também outros trabalhos cujo esforço foi pensar teoricamente, sobretudo, formulando problemas e refletindo sobre realidades que emergiram diretamente dos dados coletados, analisados e interpretados.

É precisamente nesse sentido que Luciana Krissak desenvolve interessante reflexão sobre os possíveis impactos da sociedade atual, da constituição do sujeito e das diferentes sintomatologias que transbordam dos dados e das informações produzidas pela pesquisa. O foco privilegiado pela autora foi a elaboração de reflexão crítica, amparada pela abordagem psicanalítica, sobre o conjunto de sintomas apresentados pelos pacientes. Para tanto, foi necessário que a autora questionasse quem é o sujeito que adoece e em qual contexto social ele vive.

Ao explorar o conceito de *Unheimliche* freudiano vê que há na sociedade algo que ecoa ao também nos reconhecermos nesses devidos estranhamentos do outro. Por assim dizer, constatou a necessidade de marcar o que insiste como sintoma de uma sociedade outra, pretérita, e o que se nomeia de sintomas contemporâneos.

O convite a este cuidado teve como objetivo considerar o que do social interfere no desenvolvimento psíquico e o que do sujeito se repete apesar das mudanças culturais. Somente por esse caminho se pode conseguir maior responsabilidade ao não considerar o sujeito atual apenas como àquele descrito nos textos do criador da psicanálise, mas também, e por outro lado, não destituir a memória cultural que ainda marca sua presença.

A partir destes questionamentos, *Prazer, Prozac* avança no que há de novo e diferente na atualidade e assim se capacita a perceber uma fragilidade nos laços sociais da nossa atual sociedade. Fragilidade que se mostra presente em tais novos sintomas e, principalmente, no funcionamento das instituições de saúde mental.

Enfim, o texto propõe o discurso psicanalítico como uma possibilidade de escuta diferenciada que seja capaz de ajudar o sujeito que manifesta esses novos sintomas a caminhar na direção da cura e não em uma posição alienante conferida pela identidade construída por seu próprio sintoma.

No artigo *Reflexões Acerca do Corpo, da Saudade ...E de outras Ausências*, Heitor Pereira Silva desenvolve instigante reflexão a respeito da contribuição que a filosofia poderia dar acerca de algumas questões que emergiram dos próprios dados, transformados em seminais questionamentos. Pomo-nos, por eles, junto ao autor numa verticalizante viagem a pensar o que acontece ao sujeito migrante quando o companheiro/companheira deixa a família para procurar em paragens distantes, trabalho e melhores condições de vida. Como se fragilizam em vários aspectos; psicológico, emocional e social, e como tais fatores carregam potencial desestabilizador, a ponto de poderem levá-los a precisarem enfrentar questões da alma, do ser e do social - tais como a saudade, o reencontro/desencontro com a família, o corpo e as contradições voluptuosas dos sentimentos - não como se enfrenta o desconhecido numa busca pelo autoconhecimento, mas como problemas mentais em alas de internação dos hospitais.

Já numa perspectiva eminentemente histórica, Cristiane de Assis Portela busca relacionar o contexto histórico de exclusão social à des(atenção) à doença psíquica no serviço público de saúde do Distrito Federal, associando a historicidade destes fenômenos à condição migrante e às questões de gênero (contornos marcantes na análise de dados dos prontuários de atendimento do Hospital São Vicente de Paula), a fim de complexificar o campo que caracteriza a saúde mental no DF. Caracterizar este campo é, e disso não se furtou a autora, sem dúvida, especificar, caracterizar a parcela da população que constitui presença predominante entre os usuários de serviços públicos de saúde mental no DF, entre os quais se destacam os migrantes - homens e mulheres - e dentre esses, um perfil específico: o da mulher migrante, não-branca, de meia idade, com baixa escolaridade e dedicada a tarefas do âmbito privado (atuando em seu lar ou como doméstica, e tantas vezes desempregada). O artigo *Cenários de Saúde Mental e*

Políticas de segregação no DF, busca, portanto, decifrar qual relação ou vínculo específico se pode construir entre o perfil da população manicomial do DF e parcela dessa população subordinada. Desta maneira problematiza-se no texto, a relação entre saúde mental, migração e o recorte de gênero, enfatizando o entrecruzamento destes aspectos com o crescimento urbano da capital.

Finalmente, no artigo intitulado *Os Impactos da Discriminação, Violência e Pobreza na Saúde Mental das Mulheres*, Andrea Mesquita de Menezes e René Marc da Costa Silva analisam as relações de gênero que estão por trás do adoecimento (mental) das mulheres, especificamente questões que envolvem a pobreza, as desigualdades raciais e as violências enfrentadas pelas mulheres. As reflexões trazidas neste artigo tem relevância na medida da magnitude do fenômeno do adoecimento mental entre mulheres, especialmente as pobres e não-brancas.

Este artigo ilumina também a invisibilidade da problemática envolvendo as discriminações e violências vivenciadas pelas mulheres nos serviços de saúde. Em geral as mulheres que vivem em situação de violência procuram um serviço de saúde pelos sintomas que apresentam e não pela violência sofrida. O serviço de saúde é percebido como um lugar a ser buscado para tratamentos de doenças e não um lugar onde se pode falar abertamente dos conflitos vivenciados. Pensar tais elementos de vulnerabilidade e a necessidade de proteção presentes na concretude de vida de mulheres pobres e negras é entender de que maneira e por quais caminhos as múltiplas formas pelas quais a articulação entre gênero, pobreza e raça produzem desdobramentos e consequências, no mais das vezes, dramáticas ou devastadoras para a saúde física e mental dessas pessoas.

René Marc da Costa Silva
21 de Agosto de 2013.

RAÇA E GÊNERO NA SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL¹

René Marc da Costa Silva²

INTRODUÇÃO

Este documento refere-se ao relatório destinado a apresentar os resultados (ainda que parciais) da pesquisa realizada no Hospital São Vicente de Paula e no Instituto de Saúde Mental, ambos domiciliados no Distrito federal.

A pesquisa que informa esse relatório foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa PADÊ – estudos em filosofia, raça, gênero e direitos humanos, coordenado pelo Professor Dr. René Marc da Costa Silva e responsável por este relatório. O referido grupo de pesquisa encontra-se regularmente registrado no Conselho Nacional de Pesquisa – CNPQ e está vinculado ao programa de mestrado e doutorado do Centro de Ensino Unificado de Brasília – UniCeub.

A equipe que desenvolveu a pesquisa foi composta pelos alunos graduandos David Yuri Nunes Diniz, Ilyan Thédiga Miranda, Anderson Magalhães (todos regularmente matriculados no curso de História da referida instituição) e Paula Damasceno, graduada em Direito pelo UniCeub e ex-orientanda minha, aos quais agradeço e nos quais reconheço um futuro acadêmico promissor.

Gostaria de agradecer também ao CNPQ, órgão de fomento à pesquisa que nos dotou de recursos que viabilizaram concretamente. Fundamental também reconhecer e agradecer ao suporte dado pela instituição à qual estou vinculado como professor do programa de mestrado e doutorado, o UniCeub, respon-

¹ Jamais me esqueceria ou me furtaria de agradecer ao apoio (na leitura, revisão, organização e discussão teórica) de minha esposa, Andréa Mesquita, que evitou que este trabalho de pesquisa que ora se publica apresentasse mais equívocos do que os que certamente se encontrarão. Estes, indiscutivelmente só deverão ser debitados na conta do autor.

² Possui doutorado e mestrado em História pela Universidade de Brasília e graduação em História e Antropologia pela mesma Universidade. É professor titular do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito do UniCEUB - Centro Universitário de Ensino Unificado de Brasília.

sável pela disponibilização de toda a infra-estrutura necessária e requerida pelo bom andamento e conclusão do trabalho.

Extendo também esse reconhecimento e agradeco ao companheirismo, à colaboração e parceria acadêmica excelente dos colegas e membros do PADÊ, Cristiane Portela, Heitor . e Luciana Krissak.

Finalmente, jamais me esqueceria ou me furtaria de agradecer, principalmente, ao apoio (na leitura, revisão, organização e discussão teórica) de minha mulher, Andrea Mesquita de Menezes, que evitou que este trabalho de pesquisa que ora se publica apresentasse mais equívocos do que os que certamente se encontrarão. Estes, indiscutivelmente só deverão ser debitados na conta do autor e coordenador do presente trabalho.

O trabalho, tal como expresso no projeto contemplado pelo CNPQ (no seu Edital Universal) com financiamento de pesquisa, propôs-se a levantar o perfil manicomial da população do Distrito Federal, através dos recortes de Raça e Gênero nas duas instituições públicas acima mencionadas.

Optamos por trabalhar com duas Instituições públicas em razão de, assim fazendo, podermos visualizar e melhor avaliar a Saúde Pública no Distrito Federal, no sentido mesmo de melhor compreender o que entende ou que prioridades elenca o governo do Distrital Federal para a Saúde Mental em Brasília, que políticas públicas desenvolve, sobretudo em relação às populações não brancas demandadoras de tratamento ou acompanhamento clínico psiquiátrico.

A pesquisa foi pensada dividida em duas etapas: a primeira etapa, de caráter eminentemente quantitativo, direcionou-se basicamente para um levantamento do conjunto dos elementos, das características ou do perfil sócio-econômico e cultural das pessoas objetos dessa pesquisa – entende-se aqui como “cultural” o nível ou grau de instrução escolar formal das populações em tela dessa investigação.

A intenção foi, portanto, iluminar como vive, onde vive, que condições de saneamento básico, de equipagem pública essencial são a elas disponibilizada nos locais onde habitam (esgotamento, energia elétrica, água encanada, asfaltamento e urbanização, lazer e serviços públicos essenciais), de onde são provenientes, quanto ganham, que profissão e emprego têm, qual o grau de instrução possuída por esses homens e mulheres negros, brancos e pardos, habitantes do

Distrito Federal e demandadores de atendimento nas Instituições públicas da Capital do país.

Também nos interessa, na esteira dessas considerações, perceber a proporção dessas pessoas, sobretudo negras e pardas ali acolhidas relativamente ao outro extrato populacional, a população branca.

Para além disso, contudo, nos interessa levantar que perturbações, desconfortos, enfermidades ou sofrimentos padecem ou dos quais se queixam essas pessoas, mas também que diagnósticos mais se verificam ou foram indicados pelos profissionais médicos psiquiatras para o tratamento das queixas dos pacientes. Portanto, nos limites de nossos recursos, construir um retrato o mais completo possível desse extrato populacional na sua relação com a saúde pública da Capital do país, mais especificamente com as Instituições da saúde mental públicas do DF.

Como foi acima referido, esta é apenas uma primeira etapa prevista para a pesquisa. Uma segunda etapa constituinte desse trabalho, imaginada previamente no momento de construção teórica do projeto, mas para a qual lamentavelmente não foi possível obter financiamento ainda e, portanto, desenvolver conhecimentos – mas que será, esta é pelo menos nossa intenção, desenvolvida futuramente –, será ela uma etapa qualitativa. Isto é, buscará ampliar e aprofundar elementos interpretativos, que de outra forma ademais, não estarão de todo ausentes desse primeiro momento.

É mister fazer aqui algumas considerações sobre algumas etapas do trabalho, cujo objetivo é contextualizar a trajetória de todo o caminho percorrido desde sua aprovação pelo órgão financiador até a elaboração dessa publicação.

Essa pesquisa foi aprovada pelo CNPQ em 2007 e, durante todo esse ano, eu, como coordenador do grupo e responsável técnico pela pesquisa, me enfurnei nos labirintos burocráticos/administrativos do Governo do Distrito Federal em busca das necessárias autorizações para o efetivo começo dos trabalhos. Alguns documentos se faziam indispensáveis obter, sem os quais sequer seríamos recebidos nas instituições escolhidas para o trabalho. Parte desse rol de documentos e do caminho a trilhar eram as várias etapas necessárias à obtenção dos pareceres favoráveis e cartas autorizativas das comissões de ética que regulamentam os trabalhos no âmbito da saúde e, particularmente, da saúde mental. Ainda que em nosso projeto estabelecêssemos peremptoriamente que em abso-

luto não trabalharíamos com os pacientes de tais instituições de saúde mental diretamente ou pessoalmente, que diferentemente trabalharíamos apenas com a investigação e análise de prontuários, ainda assim nos foi exigido e necessária a chancela de tais autorizações.

Ao final desse mesmo ano ainda não havíamos obtido tais documentos fundamentais ao início dos trabalhos. O ano de 2008 iniciou-se para nós sob o signo da angústia. As sucessivas trocas, quedas e substituições dos nomes diretores encastelados nos setores e cargos chave para a apreciação e liberação de tais documentos obrigava a cada mudança administrativa, praticamente o recomeço de todo o trâmite processual necessário para alcançarmos a liberação desses documentos. Por volta de março de 2008, surgiu a oportunidade de entrarmos ao vivo em um programa televisivo que tinha por objetivo debater a situação calamitosa da saúde pública no Distrito Federal. A repercussão foi imensa. Falei no ar com a autoridade responsável naquele momento por essa específica área da administração governamental e daí por diante as diversas dificuldades e percalços que até então colecionávamos nos esforços para a obtenção das tais autorizações foram paulatinamente sendo ultrapassados.

Todavia, quando conseguimos, efetivamente, todas as devidas autorizações e documentos liberatórios, já o último ano de pesquisa previsto originalmente no projeto submetido ao órgão financiador havia-se transcorrido em torno de 1/3. Isto nos obrigou a solicitar dilatação de prazo (mais dois anos) ao CNPQ de modo a que pudéssemos, sem maiores atropelos, concluirmos a pesquisa. A referida instituição de fomento nos concedeu, entretanto, somente um ano daqueles então solicitados.

Em decorrência disso, sobrou-nos praticamente um ano e meio para realizarmos a pesquisa de campo, tabularmos os dados coletados, trabalharmos analiticamente as informações e prepararmos os textos comunicativos dos resultados alcançados.

Em função de todas essas diatribes, o universo de amostragem com o qual pudemos contar não foi exatamente o que intentamos originalmente no projeto. Só pudemos efetivamente trabalhar sobre um universo total de 239 prontuários, pouco mais da metade do que imaginávamos de início.

Decorre disso que importantes alterações no esquema metodológico original da pesquisa acabaram por serem realizadas. Com um universo maior de

amostragem teríamos a possibilidade de trabalhar com uma amostragem probabilística, o que acabou não se verificando. Tivemos que nos ater ao que os estatísticos chamam de amostragem não-probabilística.

A diferença básica entre amostragem probabilística e não-probabilística é que no processo de amostragem probabilística, a seleção dos elementos de uma população é feita de forma em que todos os elementos tenham a mesma probabilidade de serem escolhidos. Qualquer processo de amostragem que, por um motivo ou outro, fuja dessa caracterização é classificado como não-probabilística. Em consequência disso, para se calcular a representatividade de uma amostra em relação à população de que deriva, é necessário poder calcular a probabilidade de se encontrar essa amostra na população. Como uma amostragem não-probabilística não é feita por sorteio, não é possível chegar a esse número utilizando um procedimento objetivo. Em função disso, os resultados de uma amostra não-probabilística não podem ser inferidos para a população. Mais especificamente, não é possível calcular estimativas pontuais, margens de erro e graus de confiança para os resultados populacionais. Por outro lado, uma amostragem não-probabilística tem grande utilidade como ferramenta exploratória. Muitas vezes, um pesquisador não possui acesso a uma forma probabilística de amostragem, situação em que aquele tipo de amostragem torna-se a inferências **numéricas** sobre a população a partir de uma amostra não-probabilística, esse método permite ao pesquisador estudar um pedaço da população e, a partir de sua experiência e julgamento **subjetivo**, construir conjecturas sobre o perfil da população.

Mesmo levando em conta essa fragilidade estatística, não nos furtamos de comparar os dados por nós colhidos nas duas instituições pesquisadas com dados estatísticos oficiais relativos ao Distrito Federal e ao país como um todo. Contudo, tais cotejamentos foram realizados com caráter meramente especulativos, sempre no sentido de checarmos parâmetros e balizarmos nossos próprios dados e nunca com a pretensão de estendermos nossas análises ou interpretações para além dos limites estritos metodologicamente definidos nessa pesquisa.

Por fim, no que concerne às categorias raciais classificatórias manipuladas no trabalho, importa esclarecer que, ainda que tenhamos acompanhado o padrão classificatório utilizado pelo IBGE (**brancos, pardos e pretos**), no que se refere à distribuição dos dados e sua sistematização nas diversas tabelas elaboradas, optamos por trabalhar, todavia e de ou-

tro modo, sistematicamente com a categoria sócio-política de **não-brancos**. Para efeito das análises, agrupamos frequentemente **pardos e pretos** sob a rubrica de **não-brancos**. Assumimos aqui voluntariamente o risco de perder em poder e capacidade da natural distintividade trazida pelas categorias étnico/raciais singularizadas (brancos, pardos e pretos), em prol de uma outra que privilegiasse seu agrupamento em bloco (pardos e pretos – não-brancos). Esta escolha se explica exclusivamente como uma opção política: Aqui nos parece que, classificar tais grupos étnico-raciais em um bloco analítico, não-brancos de um lado e brancos do outro, nos permite visualizar melhor, explicitar com mais clareza e denunciar de forma mais objetiva as dinâmicas próprias do poder e seus mecanismos ou dispositivos sócio-econômicos, culturais e raciais de exclusão e conferir aos dados uma consistência e um foco que já de início estiveram presentes e previstos nos recortes metodológicos e nos objetivos da pesquisa.

PERFIL DE GÊNERO E RAÇA/COR

A primeira variável analisada, o sexo do paciente, traz uma informação interessante: do total de 239 prontuários analisados, 70% (167 prontuários) eram do sexo feminino e somente 72 diziam respeito á pacientes do sexo masculino. Portanto, a maioria dos pacientes atendidos no Hospital São Vicente de Paula são mulheres. Essa proporção é substantivamente discrepante dos dados produzidos pelo IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística, para o qual, no censo de 2000, foi aferido que; apesar das mulheres serem maioria no país, elas não chegam a representar 53% do total de habitantes do país (1). Este dado ganha, todavia, bastante relevo na medida em que o cruzamos com outras variáveis; tais como, raça, lugar de onde provêm e faixa etária.

Dados sobre a variável cor/raça são, infelizmente, bastante escassos na amostra. Dos 239 prontuários analisados, 166 (quase 70%) não informam a cor do paciente pura e simplesmente, ou não a informa sem dubiedades. Dos 73 prontuários que oferecem essa informação sem ambiguidades, a maioria, 37 pacientes (51%) foram classificados como pardos. Em 28 prontuários encontramos a classificação “branco” (quase 40%). Os 8 prontuários restantes em que não se verificaram ambiguidades (quase 11%), indicou a cor preta para os pacientes.

Tabela 1: Número de pacientes por cor/raça. HSV, ISM e DF. 2009/200

Cor/raça	Percentual dos Pacientes Pesquisados %	Percentual no DF*	Diferença entre os percentuais
Branca	38,36%	49,15%	-10,79%
Parda	50,68%	44,77%	5,91%
Preta	10,96%	4,80%	6,16%
Amarela ou indígena	0,00%	0,74%	-0,74%
Total	100,00%	99,46%	..

* Percentual referente ao Censo de 2000 no Distrito Federal.

Entretanto, dos 166 prontuários inconclusivos, a priori, 19 deles apresentaram dúvidas na classificação, o restante; 147 prontuários não trouxeram nenhum tipo de informação sobre cor da pele. Ora, nestes 19 prontuários o que encontramos, e esta é a razão de sua ambigüidade, são diversas classificações identificando uma mesma pessoa (branca, negra, parda, mulata, com repetição de várias dessas). Encontramos em um desses prontuários, por exemplo, uma pessoa identificada na primeira internação como parda, e numa segunda internação dada como branca. Em outro caso, classificou-se a pessoa como negra numa GAE e em outra como mulato. Em outras guias um mesmo indivíduo foi classificado como “B” e em outra como mestiça, dentre várias alternativas presentes. No caso específico de mais um paciente, este foi dado primeiramente com “B” e no mesmo documento, mais à frente, caracterizado como moreno claro. Multiplicam-se assim casos desse tipo. Em outra ocorrência verifica-se classificações sucessivas de mestiço, moreno, branco e pardo.

Avulta ainda esse aspecto de maior importância, na medida em que esses 19 prontuários ou pacientes que, pelas razões acima apresentadas, perfilamos dentro da categoria dos “não brancos”; constituem então aproximadamente 11% dos 166 prontuários (prontuários esses que são quase, como já se disse, 70% de todos os prontuários pesquisados) caracterizados ou por não trazerem informações quanto à raça/cor ou trazerem informações ambíguas. Ora, se prestarmos atenção aos números relativos à classificação por cor veremos que esses 11% por cento de supostas “ambigüidades” compõem um contingente que praticamente iguala os números totais computados para os pacientes classificados como pretos. Além disso, e talvez mais importante, se efetivamente alinhados como não-brancos, teremos uma população manicomial de cor bem maior do que os 61, 64% encontrados a princípio.

Todavia, se cotejarmos esses números com os totais percentuais registrados pelo censo no DF em 2000, encontraremos discrepâncias que podem se mostrar muito interessantes. Por exemplo: os percentuais encontrados na amostra da pesquisa, tal como foi informado, indicaram apenas 38,36% de elementos brancos contra um conjunto percentual de 49,15% de brancos verificados na população do DF, apresentando uma diferença percentual de -10,79%. No que é relativo aos pardos; a amostra aponta 50,68% contra 44,77% para a população em geral, com uma diferença percentual de 5,91%, sendo que para os pretos encontramos na amostra 10,96% contra 4,80 para a população em geral, com uma diferença percentual de 6,16%. Indivíduos classificados como amarelos não apareceram na amostra, mas configuram 0,74% da população total do DF.

De início, esses números apontam para o fato de que o único contingente populacional que representa, na amostra, diminuição proporcional em relação ao verificado para a população em geral do DF, é o contingente branco. Isto nos parece muito significativo, pois, todos os outros contingentes populacionais de cor apresentam discreto; porém um interessante incremento na amostra em relação à população em geral do DF.

Tais dados nos sugerem algumas possibilidades: é possível que o contingente populacional branco, mais presente nos extratos sociais superiores, e tendo maiores recursos, acorra prioritariamente ao atendimento psiquiátrico ou manicomial em instituições privadas, não tendo sido, portanto, fundamentalmente alcançado por nossa pesquisa; toda ela realizada em instituições públicas de saúde. Por outro lado, também, é possível que as perturbações mentais, em parte decorrentes das condições sociais adversas nas quais vive em maior proporção a população não-branca, atinjam também com menor intensidade o segmento populacional branco; caracterizados por ostentarem índices sociais menos precários que a população de cor. Se assim for, elementos como violência, desemprego, péssimas condições de saneamento, moradia, ou deslocamentos migratórios que implicam, muitas vezes em separações de famílias inteiras, cumpririam um papel decisivo no descompasso que esses números revelam.

Alinhando as variáveis, raça e gênero, por sua vez, encontramos um relativamente pequeno número de prontuários em que foi possível fazer com segurança esse cruzamento. Dos 239 prontuários pesquisados, apenas 73 prontuários informaram sobre o cruzamento dessas duas variáveis, isto é somente 30,5% dos

prontuários produziram informações válidas sobre esse aspecto. Se não é um número desejável, não acaba por ser também desprezível. Nesses 73 prontuários nos quais pudemos obter informações, encontramos 26 homens, entre brancos, pardos e pretos, configurando 35,6% de todo o contingente válido pesquisado e 47 mulheres compondo os outros 64,4% no interior desse contingente, distribuídas entre todas as cores.

No âmbito desse universo de dados totais, registrou-se então, especificamente considerando-se os pacientes por cor/raça/sexo relativa discrepância em termos de números absolutos (quando, por exemplo, cruza-se homem branco com mulher branca), mas bastante simetria na distribuição percentual dos pacientes por este particular cruzamento – isto é, o percentual de homens brancos em relação ao total de homens é bastante similar ao percentual de mulheres brancas colocadas em comparação com o total de mulheres..Senão vejamos: verificamos 9 pacientes homens, de cor branca, um pouco mais de 34% para o total de homens, contra 19 mulheres também brancas, compondo quase 40% do total de mulheres. Computamos apenas 2 homens de cor negra, 8% do total de homens contra 6 mulheres negras, 13% do total de mulheres. No que se refere aos pardos, foram encontrados 15 homens para 22 mulheres, respectivamente 58% de pardos em relação ao total de homens contra 48% de mulheres pardas; em relação ao total de mulheres. Vemos aqui que há grande diferença na distribuição de pacientes, em termos percentuais e absolutos, entre o sexo masculino e feminino. As mulheres computam quase o dobro de pacientes pesquisados se comparados com os pacientes homens registrados na pesquisa Entretanto, a distribuição de pacientes por sexo considerando as categorias raça/cor não apresentam, todavia, tendência de agrupamento em termos percentuais de um determinado gênero em uma determinada categoria racial e vice e versa.

As mulheres se mostram amplamente majoritárias na medida em que compõem 64,4% da população pesquisada contra apenas 35,6% de homens. No interior do grupo de mulheres é muito clara também a presença amplamente majoritária da população feminina não-branca (60%) contra (40%) de mulheres brancas; tendência essa presente no interior da população masculina. Nesta, os não-brancos perfazem 66% do total de homens contra 34% de brancos. Na tabela abaixo pode-se observar melhor o jogo relacional desses números.

Tabela 2: Número de pacientes por cor e sexo

Cor	Quantidade			Percentual %	
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
Branca	9	19		35%	40%
Preta	2	6		8%	13%
Parda	15	22		58%	48%
Total	26	47		100%	100%

Então, pode-se aqui perceber nos cruzamentos desses números classificadores por sexo com os valores totalizados para a população por raça/cor; alguma simetria. Para essa variável (cor/raça); como acima estabelecido, mais ou menos 60% constituía-se de não-brancos atendidos ou acolhidos contra um número em torno de 40% de brancos registrados nos prontuários por nós pesquisados. Portanto, para efeito dessa pesquisa, a maioria das pessoas atendidas ou acolhidas nestas instituições por nós pesquisadas é não-branca e mulher. Estes números não são assim tão discrepantes aos registrados no censo para a população do DF, onde se registrou 49,15% de pessoas da cor branca contra 49,5% de pessoas não-brancas. No caso das mulheres, a simetria é ainda mais pronunciada em vista de que compõem para o DF, mais ou menos 53% do total populacional.

PERFIL DOS PACIEENTES POR LOCAL DE ORIGEM

Com relação à Unidade Federativa de naturalidade do paciente, o Estado que registra números mais significativos de entrada nos hospitais é Minas Gerais (16%). O Distrito Federal se apresenta como a segunda Unidade Federativa fornecedora de maior contingente atendido (15%). Entretanto, se agrupados diferentemente, por regiões geográficas; estes dados ficam ainda mais interessantes, pois, indicam que a região que mais fornece contingentes de atendidos ou internados é a região Nordeste, com 85 pacientes contabilizados (36%) do total, contra 68 pacientes oriundos da região Centro-Oeste (28%), 49 pacientes vindos da região sudeste (21%), apenas 3 indivíduos procedentes da região Norte (1%) e nada mais do que uma (1) pessoa acolhida, vinda da região Sul do país (0%). Trinta e três (33) foram os prontuários em que não foi possível extrair tal informação, compondo quatorze por cento (14%) do total de 239 prontuários analisados.

Tabela 3: Número de pacientes por região geográfica de nascimento

Região	Total	Percentual %
Nordeste	85	36%
Centro-Oeste	68	28%
Sudeste	49	21%
Norte	3	1%
Sul	1	0%
Sem avaliação	33	14%
Total	239	100%

Se, por outro lado, articularmos os números acima colhidos com a variável gênero e raça, veremos que as pessoas brancas oriunda do norte do país, atendidas nos hospitais por nós pesquisados, do ponto de vista de raça e gênero, dividem-se em iguais 50% de homens e mulheres (Portanto, 2 pessoas, um homem branco e uma mulher branca). Encontramos aqui, portanto, bastante equilíbrio para números referentes aos diacríticos relativos à cor da pele e sexo dos pacientes atendidos, oriundos da região norte do país. Levando-se em consideração que somente 3 pessoas da região norte foram encontradas pela pesquisa, registra para a região em questão apenas 1 indivíduo não-branco (não sabemos, todavia, precisar se esse elemento não-branco era do sexo feminino ou masculino). Dois terços, portanto, dos migrantes vindos da região norte são brancos. De uma certa perspectiva, esses números são, no entanto, pouco significativos na medida em que o contingente populacional vindo do norte do país e acolhido nas instituições acima citadas não é mais do que 1% de todo o universo por nós pesquisado.

Outra é, entretanto, a disposição dos números para a região nordeste, concernente a esse cruzamento raça/gênero/região de origem. Como mostramos acima, a região nordeste é a região que fornece o maior fluxo de migrantes atendidos nos hospitais **São Vicente de Paula** e no **Instituto de Saúde Mental**. Os números referentes a esse conjunto de pessoas indicam as mulheres pardas como constituindo a maioria de pessoas atendidas ou acolhidas com 38% do total. Logo em seguida, percebemos as mulheres brancas com 24% do total para o grupo nordestino. As negras compõem o menor grupo racial de migrantes feminino com apenas 5% desse universo. Bem, antes de tudo, fica aqui evidenciado para o grupo nordestino, portanto, a esmagadora maioria de mulheres atendidas

nas instituições de saúde mental, 67% do total de pessoas oriundas do nordeste do país. De outra sorte, os homens nordestinos que, consequentemente configuram 33% apenas do total de nordestinos acolhidos, contam 14% de brancos contra 19% de pardos, sem nenhum registro de indivíduos negros.

Esses números revelam ainda que, para grupo oriundo da região nordeste, o maior contingente racial é o pardo, compondo 57% do total de nordestinos atendidos nessas unidades de saúde. Logo em seguida vem o grupo branco com 38% do total, restando aos negros os 5% restantes. Se, todavia, outro for nosso olhar, isto é; se agruparmos pardos e negros (entre homens e mulheres) numa mesma categoria, a categoria de não-brancos, encontraremos a cifra de 62% de todos aqueles que vêm da região nordeste aí agrupados; a imensa maioria de todos os prontuários por nós pesquisados.

A região de procedência do segundo maior contingente de pacientes que vimos indicados nos prontuários pesquisados é a região centro-oeste. Esse grupo conta também com um número expressivo de mulheres, pois são 68% de todos os prontuários pesquisados (número, portanto, praticamente igual ao encontrado para o contingente de mulheres oriundas da região nordeste). Des-ses 68% de mulheres nascidas na região centro-oeste; 36% são brancas, 27% indicadas como sendo de cor parda e apenas 5% referidas como negras. Portanto, aqui, nos dados concernentes à região centro-oeste se invertem os dados encontrados para a região nordeste, no que tange à relação gênero/cor. Ou seja, o contingente não branco representa 32%, contra 36% considerados brancos. Para os chegados da região nordeste, contamos 67% de mulheres, dessas, 38% são pardas, 24% brancas.

Os restantes 32% indicados como homens para essa região centro-oeste dividem-se em 9% de brancos, 5% de pretos e 18% de pardos. O que nos parece mais interessante nos dados computados aqui é o número expressivo de pardos entre os homens – dobro em relação aos homens brancos. Também é curioso que os 5% de homens negros, tenha igual percentagem entre as mulheres negras dessa mesma região. Também chama a atenção o grande percentual de mulheres brancas registradas nesse contingente. Por sua vez, se novamente agruparmos os pardos e negros num só grupo veremos que este totaliza 55% do total de pessoas oriundas da região centro-oeste, portanto, novamente os não-brancos (sejam

eles homens ou mulheres) compõem a maioria de pessoas de um determinado grupo (no caso aqui, dos oriundos da região centro-oeste), atendidos/acolhidos nas instituições pesquisadas.

No caso da região sudeste os números computados são ainda outros, mostrando a algumas divergências para com os dados colhidos, se cotejados de região para região. Aqui, porém, encontramos novamente uma população feminina majoritária, 56% do total para os nascidos nessa região e presentes nos prontuários pesquisados. Entretanto, diferentemente das outras regiões analisadas, o número de mulheres brancas e pardas é aqui equivalente, 21% para cada um. Também aqui, percebemos um número de mulheres pretas, bastante elevado se considerado o que se apurou para as demais regiões. Elas perfazem 14% do total de mulheres. Os números registrados, como foi visto, para as mulheres negras nascidas em outras regiões é de 5% para a região centro-oeste e os mesmos 5% para a região nordeste. Os 43% de homens encontrados nos prontuários distribuem-se como 7% de brancos contra 36% de pardos. Não foi encontrado nenhum negro registrado para essa região. Aqui, o número de homens pardos é 5 vezes maior que o de brancos.

Continuamos aqui a constatar uma regularidade impressionante. Não só o número de não-brancos, 35%, no interior do universo feminino, para a região sudeste, é significativamente superior em relação aos indivíduos femininos brancos, 21%; como também é superior, se o universo para o qual olharmos for o masculino, 36% de não-brancos contra 7% de brancos. Ao todo os não-brancos para a região sudeste compõe 71% dos indivíduos registrados nos prontuários pesquisados. Uma curiosidade aqui deve ser mencionada: não foi encontrado o registro de sequer um indivíduo homem caracterizado como preto nos prontuários. Isto é interessante como dado a ser pensado, em vista do fato de que a região sudeste é conhecida pela alta incidência de população não-branca de uma forma geral, e, mais especificamente de população preta.

Finalmente, bastante interessante também é o que se encontrou para a região sul. Aqui a curiosidade refere-se à ínfima incidência de indivíduos da região indicados nos prontuários. Apenas uma única pessoa foi registrada no universo de prontuários que pudemos pesquisar, referida como sendo oriunda da região sul.

Tabela 4: Percentual de pacientes por sexo, raça e região de origem em relação aos totais das colunas

Sexo/Cor	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Feminino/Branca	36	24	50	21	1
Feminino/Preta	5	5	-	14	-
Feminino/Parda	27	38	-	21	-
Masculino/Branca	9	14	50	7	-
Masculino/Preta	5	-	-	-	-
Masculino/Parda	18	19	-	36	-
Total	100	100	100	100	-

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

Bem, até aqui, o que se evidencia a partir dos números encontrados pela pesquisa nos prontuários coligidos é uma significativa maioria de não-brancos, migrantes (majoritariamente nordestinos se considerada a região de origem, Mineiros se considerada a unidade federativa e muitos do próprio Distrito Federal), principalmente do sexo feminino, os atendidos ou acolhidos nos hospitais acima referenciados.

PERFIL POR EDUCAÇÃO FORMAL E PROFISSÃO

Qual, entretanto, é o grau de instrução e suas proporções verificados no universo de prontuários por nós pesquisados? Qual o grau de instrução dessa maioria de mulheres não-brancas migrantes? Que relação esses anos de educação formal tem ou tiveram nas ocupações, nas atividades profissionais (semi-profissionais ou não-profissionais) que desempenharam na capital do país, uma vez aqui chegada/os? Essas são algumas indagações ou relações que nos ocuparemos em desenvolver daqui por diante.

O que podemos depreender da tabela disposta logo abaixo, pode ser importante para começarmos a responder essas questões:

Tabela 5: Número de pacientes por grau de instrução.

Grau de instrução	Quantidade	Quantidade acumulada	Percentual %	Percentual acumulado %
Analfabeto	12	12	4%	4%
Fundamental incompleto	55	67	44%	48%
Fundamental completo	21	88	15%	62%
Médio incompleto	9	97	7%	69%
Médio completo	28	125	20%	89%
Superior incompleto	9	134	6%	95%
Superior completo	7	141	5%	100%
Sem avaliação	98	239
Total	239	..	100%	..

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

De todos os 239 prontuários em que se registrou o grau de instrução dos pacientes, somente 141 possuem essa informação. Dessas, 21 pessoas informaram possuírem grau de instrução fundamental completo, isto é, 15% do total. 28 pessoas atribuíram a si próprios possuírem ensino médio completo (20% do total) e somente 7 pessoas alegaram ter o grau de ensino superior completo (5% do total). Enfim, apenas 56 pessoas, ao todo, completaram quer seja o ensino fundamental quer seja o ensino médio quer seja o ensino superior. O percentual de pessoas analfabetas chegou a 4%. Os demais pacientes que manifestaram possuir, qualquer outro nível de instrução, contudo, de forma incompleta corresponde a 73 pessoas, ou seja, 52%.

Todavia, se cruzarmos os dados para grau de instrução com sexo, teremos, dos 239 prontuários pesquisados, um total de apenas 141 prontuários com ambas as informações. Ora, desses 141 pacientes 99 são mulheres e 42 homens. Entretanto, desse universo de 99 mulheres, 10 são analfabetas contra apenas 2 homens analfabetos. Do total de 76 pessoas que se enquadram no grau de instrução ensino fundamental (incompleto e completo), 50 são mulheres, 26 são homens. Contudo, se decompusermos esses números veremos 40 mulheres com ensino fundamental incompleto contra apenas 15 homens. No diacrítico ensino fundamental completo encontramos um total de 36 pessoas. Dessas, 10 pessoas são mulheres, 11 são homens.

Esses números, contudo, parecem ganhar superior relevância se os olharmos percentualmente. Isto é, se considerarmos o valor percentual de mulheres analfabetas em relação ao total de pacientes mulheres pesquisadas e o compararmos então, da mesma forma, como o valor percentual dos homens analfabetos em relação ao número total de homens pacientes pesquisados. No interior do quadro definido dessa forma, verificamos que 10% de todas as mulheres são analfabetas, contra apenas 5% dos homens.

Os números vão se tornando ainda mais significativos na medida em que subimos nos níveis de instrução. 40% de todas as mulheres têm o ensino fundamental incompleto contra 36% para os homens. Já aqueles que se enquadram no nível fundamental completo indicam que apenas 10% de todas as mulheres têm esse grau de instrução. No caso dos homens para esse mesmo nível, encontramos um percentual de 26% de todos os homens ostentando essa caracterização.

Em síntese, o número percentual de mulheres analfabetas é, dentro do universo total de mulheres, o dobro do que se registra para os homens analfabetos dentro do universo de pacientes masculinos. Equivalem percentualmente no que respeita ao nível fundamental incompleto (40% contra 36%); desequilibrando novamente em favor dos homens, percentualmente, dentro cada um dos seus respectivos universos, no quesito fundamental completo (apenas 10% de todas as mulheres figuram como tendo esse grau no interior do universo feminino, contra 26% de homens que têm o ensino fundamental possivelmente completo no interior do universo total de homens pesquisados).

Tabela 6: Pacientes por grau de instrução e sexo em relação aos totais das colunas

Grau de instrução	Quantidade Feminino	Percentual Feminino	Quantidade Masculino	Percentual Masculino
Analfabeto	10	10%	2	5%
Fundamental incompleto	40	40%	15	36%
Fundamental completo	10	10%	11	26%
Médio incompleto	5	5%	4	10%
Médio completo	21	28%	7	17%
Superior incompleto	6	6%	3	7%
Superior completo	7	7%	-	-
Total	99	100%	42	100%

(1) Os termos percentuais utilizados aqui, considerados relativamente ao universo respectivo de cada sexo.
 (2) O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

No que concerne ao ensino médio, relativo ainda a grau de instrução e sexo; para o diacrítico ensino médio temos os seguintes números: dos 141 prontuários que contém ambas as informações, 37 pacientes ao todo possuem algum nível de inserção no ensino médio – ensino médio incompleto e completo. Desses 37 pacientes, todavia, 9 possuem o ensino médio incompleto e 28 têm o ensino médio completo. Entretanto, se desagregarmos tais números totais entre homens e mulheres, encontraremos para o ensino médio incompleto 5 mulheres para 4 homens. No que tange ao ensino médio completo encontramos os dados mais sugestivos: 21 mulheres encontram-se enquadradas nessa categoria contra 7 homens.

Em termos percentuais, aqui considerados relativamente ao universo respectivo de cada sexo, estas informações traduzem-se no seguinte conjunto: temos, então, 5% do total de mulheres inclusas na categoria, médio incompleto, 28% classificadas como possuindo o grau médio completo. Números bem diferentes dos dados referentes à porcentagem de mulheres analfabetas (10%); e substancialmente diferente dos dados relativos às mulheres com ensino fundamental incompleto (40%).

O que esses números nos sugerem é que as mulheres são a maioria dos pacientes analfabetos e com o ensino fundamental incompleto. Entretanto, o dado mais interessante fica reservado para a categoria ensino médio completo. Nessa, as mulheres em relação ao seu próprio universo, ultrapassam a porcentagem registrada para as mulheres analfabetas (10%), só ficando atrás daquela relativa aos números indicadores das mulheres com o ensino fundamental incompleto (40% do total de mulheres). Em relação aos homens, também tomados com referência ao seu próprio universo, a diferença é manifesta. Somente 17% dos homens em relação a todos os pacientes homens registrados, possuem o ensino médio completo.

O que esses números sugerem aqui para o ensino médio, e isso vai ficar muito evidente no concernente aos dados relativos a homens e mulheres inclusos na categoria, ensino superior; é que, na medida em que cresce as exigências de mais anos de estudos, aumenta a porcentagem de mulheres com esse nível (quer completo, possivelmente completo ou incompleto) em relação aos homens, alcançando de alguma maneira certa equivalência. Todavia, mantêm-se inferior a quase todos os outros indicativos ou categorias relativas ao seu próprio universo feminino de referência.

Então vejamos: o número total de prontuários em que se encontrou a indicação de pacientes com ensino superior, quer sejam homens ou mulheres, foram 16 pacientes. Desses 16 pacientes, 9 tinham o ensino superior incompleto e 7 pacientes referiram a si próprios como tendo o grau de ensino superior completo.

Por sua vez, a decomposição desses dados entre homens e mulheres, em relação aos seus próprios universos, no que se refere à categoria ensino superior incompleto, apresenta 6% de mulheres em relação ao total de mulheres computadas contra 7% dos homens, considerados também no interior de seu próprio universo. Para a categoria ensino superior completo existem 7% de mulheres em relação aos totais femininos contra nenhum homem em relação ao seu próprio universo. Isto é, não existe nenhum homem em relação aos homens pesquisados que possua o grau ensino superior completo.

Mesmo se relacionássemos rapidamente esses dados com os que já dispomos, poderíamos perceber claramente que à massa de migrantes nordestinos, de maioria feminina e de não-brancos pode ser aduzida, com toda segurança, um volume proporcionalmente semelhante de pessoas cujo grau de instrução é majoritariamente circunscrito ou pertencentes às categorias ou níveis de analfabetos e possuidores do ensino fundamental; dentre esses, conta-se com a presença significativa daqueles que sequer terminaram o ensino fundamental. Também aqui, fica indiscutível a composição substantiva de mulheres. É bem verdade que a participação feminina é também importante, inclusive crescentemente importante, na medida em que se verifica aumento dos anos de estudo. Todavia, isso não diminui o impacto do fato de que elas são presença amplamente majoritária na base da pirâmide. É possível que esse perfil venha, mais a frente, nos ajudar, na medida em que o forcemos a trabalhar junto a outros dados e informações, possibilitando-nos identificar a faixa de renda dessas pessoas, os empregos ou funções que estão potencialmente habilitados a desempenhar, os lugares de habitação onde tais características permitem ou viabilizam a moradia desses pacientes. Enfim, nos encontramos aqui e relembramos os precisos objetivos de nosso trabalho, como repetidamente vem sendo enfatizado: construir um perfil, um retrato (recortado principalmente pelos crivos raciais e de gênero), o mais amplo e completo possível, dessa população que demanda cuidados no campo da saúde mental no Distrito Federal.

Nesse sentido, fundamental é pensar, nesse campo dos dados relativos ao grau de instrução do conjunto de pacientes dessas instituições de saúde mental, como se articula as informações disponíveis no que concerne às características raciais.

Se considerarmos os números totais referentes à relação grau de instrução e raça, encontraremos como uma constante; como já visto repetidamente acima, um volume de dados relativamente pequeno se comparados aos que, ou com os quais trabalhamos quando não se encontra presente o diacrítico, raça. O modelo cultural no interior do qual foram construídas historicamente nossas relações raciais, nossas percepções sociais dos elementos raciais no campo de jogo social, traz como elemento estratégico, tanto quanto e, principalmente, instrumento de dominação quanto de resistência, o recurso à invisibilidade. Esse elemento cultural se manifestou na pesquisa, com evidente realidade, tanto em números reduzidos de dados e informações quando o diacrítico trabalhado era o racial, como também nas referências oscilantes de categorias raciais/cor, em que em um mesmo prontuário encontrávamos sucessivamente várias classificações diferentes para uma mesma pessoa.

Na tabela abaixo encontramos tabulados os dados retirados do cruzamento do grau de instrução e raça. Nesta tabela, como em várias outras presentes nesse relatório, o total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

Tabela 7: Número de pacientes por grau de instrução e raça.

Grau de instrução	Branca	Preta	Parda	Total
Analfabeto	2	1	1	4
Fundamental incompleto	4	1	10	15
Fundamental completo	3	1	7	11
Médio incompleto	-	-	-	-
Médio completo	3	-	1	4
Superior incompleto	1	2	2	5
Superior completo	3	-	1	4
Total	16	5	22	43

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

A tabela acima demonstra claramente essa situação. Somente 43 prontuários, dos duzentos e trinta e nove documentos por nós pesquisados trazem informações referentes a grau de instrução e raça.

As informações que a tabela acima traz para o conjunto dos pacientes referidos como analfabetos indica 2 pessoas brancas nessa categoria, 1 preta e 1 parda, perfazendo um total de 4 pacientes caracterizados como analfabetos. Se, de certa forma, surpreende encontrarmos mais pessoas brancas analfabetas do que pretas e pardas, quando jogamos sobre esses números brutos a relatividade dos percentuais verificados para cada raça separadamente, o espanto diminui quando consideramos esses dois pacientes brancos analfabetos dentro de seu próprio universo racial. Esses importam somente 12% do número total de pacientes brancos. Já os pretos analfabetos, se olhados na mesma perspectiva, configuram 20% de todos os pretos encontrados. Os pardos constituem somente 5% desse contingente, considerados na mesma perspectiva. Portanto, se os números se equilibram quando atenta-se para o total de analfabetos registrados (4 pacientes) e considera-se tais números dentro de critérios de análise em que a categoria analítica é o **não-branco**, 2 são brancos; 2 são não-brancos – 50% para cada grupo; outro é o resultado, todavia, se olhamos cada uma dessas categorias raciais/cor classificatórias dentro de seu próprio universo. Aí vemos os pretos amplamente representados no campo dos analfabetos contando 20% de todos os pretos registrados.

É importante considerar que, se já encontramos dificuldades em levantar informações gerais de cunho racial no Brasil, devido, como já foi acima sublinhado, à forma como nosso modelo de relações raciais socialmente configura nossa percepção, perturba e distorce significativamente as posições no gradil ou no espectro de cores socialmente estruturado, tendencialmente inclinado para o clareamento – é possível que tenhamos na população total brasileira, mais pretos e pardos do que os que estão de fato representados nos censos – a auto-identificação e atribuição de características raciais aos pacientes sofre também uma outra pressão interessante. Isso se traduz indiscutivelmente no alto número de pardos (22 pacientes) registrados. Aqui, a magnitude dos números; certamente implica parcialmente no fato de que muitos pretos são ou se “clareiam” quando são identificados ou se auto-declaram. No caso dos pretos informados (5 pacientes), as considerações precisam, todavia, serem feitas em outro registro. Aqui é importante matizar. Se a princípio somos levados a concluir pela diminuta participação dos pretos, isto é, se aparentemente o número total de pretos corresponde mais ou menos com o que o censo encontra para a população em geral, outra é a dimensão se pusermos em proporção esses 5 elementos pretos contra os 16 pacientes brancos encontrados. Verificaremos aí que eles representam na

amostra, quase 1/3 dos brancos. Nessa medida e com essa perspectiva, podemos, talvez, visualizar melhor seu volume e participação no jogo relativo dos dados.

Se este vem sendo, todavia, o retrato dos pacientes das instituições públicas de saúde mental no DF: migrante não-branco, majoritariamente nordestino, em grande parte, mulheres, e com poucos anos de escolaridade; parece-nos consequente perguntar, que tipo de ocupação, qual a característica geral dos empregos que essa população geralmente encontra disponível no mercado de trabalho de Brasília?

Do ponto de vista desse contingente manicomial, 165 prontuários dos 239 por nós pesquisados registram informações sobre a ocupação, profissão ou emprego dos pacientes. Desses 165 prontuários válidos para informar ocupação, 125 prontuários referem-se a pessoas do sexo feminino e apenas 40 registram o sexo masculino. Este é um dado, a nosso ver, muito interessante em vista de que não nos parece, a princípio pelo menos, que haja ou possa haver qualquer tipo de constrangimento por parte do pessoal de acolhimento dos pacientes nos hospitais ou por parte dos próprios pacientes, no sentido de informar suas profissões ou ocupações. Os dados acima comentados parecem indicar, ao contrário, numa outra direção. Parecem reforçar outros dados que, como já indicamos preteritamente, apontam para uma maioria feminina, pobre e com baixa escolaridade acolhida nessas instituições de saúde mental.

Analisemos, entretanto, mais minuciosamente a tabela referente ao número de pacientes por ocupação e sexo:

Tabela 8: Número de pacientes por ocupação e sexo.

Ocupação	Feminino	Masculino	Total
Administrador	1	-	1
Aeroviário	-	1	1
Agricultor	1	-	1
Ajudante de obra	-	1	1
Almoxarife	-	1	1
Analista de crédito	1	-	1
Apoio pedagógico	1	-	1
Aposentado	4	2	6
Artesão	-	1	1
Artista plástico	1	-	1
Autônomo	-	1	1
Auxiliar de cozinha	1	-	1
Auxiliar de eletricista	-	1	1
Auxiliar de enfermagem	1	-	1

Ocupação	Feminino	Masculino	Total
Auxiliar de escritório	1	1	2
Balconista	2	1	3
Cabeleireira	1	-	1
Caixa	1	-	1
Carregador	-	1	1
Caseiro	-	1	1
Comerciante	1	2	3
Copeira	1	-	1
Costureira	4	-	4
Desempregado	17	7	24
Do lar	55	-	55
Doméstica	11	-	11
Estudante	2	1	3
Feirante	1	-	1
Funcionário Público	1	-	1
Garçon	-	1	1
Jardineiro	-	1	1
Lavador	-	1	1
Manicure	1	-	1
Marceneiro	-	1	1
Mecânico	-	1	1
Médica	1	-	1
Motorista	-	2	2
Operador de máquina	-	1	1
Pensionista	1	-	1
Pintor	-	1	1
Prestador de serviços gerais	1	-	1
Professor	5	1	6
Recepcionista	1	-	1
Secretária	1	-	1
Servente de pedreiro	-	1	1
Técnico de Enfermagem	1	1	2
Técnico em Contabilidade	-	1	1
Técnico em Informática	-	1	1
Técnico em Radiologia	1	-	1
Telefonista	1	-	1
Vendedor ambulante	1	-	1
Vigilante	-	4	4
Zeladora	1	-	1
Total	125	40	165

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas

as variáveis.

Na tabela acima, nos chama a atenção a miríade de ocupações ou profissões elencadas e nos dá a falsa impressão de que tal fragmentação se mostrará infensa a reflexões mais conclusivas relativas ao quesito analisado. Contudo, não demora muito, captura nossa atenção o fato de que 55 prontuários de pessoas do sexo feminino registram a ocupação identificada como **do lar**. Isto é, 44% de todas as pacientes por nós pesquisadas se identificaram exercendo uma atividade designada como **do lar**. Tal atividade ou ocupação, ao que tudo indica, parece referir-se a mulheres, mães de família cujas ações ou atividades circunscrevem-se basicamente ao cuidado ou trato das coisas ou pessoas do âmbito doméstico familiar. Junte-se a este contingente de mulheres **do lar**, outro contingente referido ou caracterizado na tabela como doméstica - 11 pessoas indicaram para si próprias essa ocupação -, contabilizando 9% de todos os prontuários relativos às mulheres que informaram ocupação; teremos um total, até aqui, de 66 mulheres ou 53% dos prontuários femininos analisados referindo-se a um grupo feminino acolhido nessas instituições exercendo atividades relativas ao âmbito da esfera privada.

A diferença aqui a ser considerada, diz respeito ao fato de que doméstica é a pessoa que trabalha na casa de outras pessoas ao passo que, do lar, são aquelas que atuam no âmbito do seu próprio local de moradia. Não é de todo impossível, ao contrário; é bastante provável, aliás, que as 17 mulheres (14% de todos os prontuários femininos analisados) que se identificam como desempregadas e, portanto, já tiveram em algum momento uma profissão ou atividade fora do âmbito do privado, estejam também elas, incluídas (mesmo que temporária ou provisoriamente) no universo ou no mundo do privado. Só aqui teríamos, então, 83 mulheres, das 125 registradas (67% do total de mulheres pesquisadas para esse quesito), vinculadas ao mundo do privado. Não é de todo absurdo pensar também que, categorias sociais registradas, tais como **aposentada** ou **pensionista**, nos permitam sustentar e defender as mesmas inferências feitas acima. Se assim for, as 4 aposentadas registradas junto a única pensionista apontada na tabela perfazem um total 88 mulheres das 125 pesquisadas, elevando o percentual de mulheres com atividades relativas ou circunscritas ao universo ou mundo do privado para 71% das mulheres acolhidas nas instituições pesquisadas. Finalmente, no campo feminino das pessoas acolhidas nas duas instituições pesquisadas, duas outras atividades aparecem com alguma importância percentual – duas balconistas (2% de todas as mulheres pesquisadas) e cinco professoras (4% do total de pacientes mulheres pesquisadas).

No que se refere ao universo masculino dos pacientes pesquisados pelos quesitos ocupação e sexo, encontramos, como já foi acima assinalado, apenas 40 prontuários indicando o sexo masculino dos pacientes. O número mais significativo desse universo foi registrado entre os pacientes homens desempregados – sete pessoas (17% do total de homens pesquisados). Outro número com significação relativa diz respeito aos 4 pacientes homens indicados como vigilantes, perfazendo 10% do total de pacientes homens pesquisados. De resto, o universo masculino, além de ser três vezes menor do que o de pacientes feminino; encontra-se fragmentado em uma miríade imensa de profissões tais como: servente de pedreiro, técnico em enfermagem, vendedor, agricultor, autônomo, auxiliar de eletricitista, carregador, caseiro e outras. E, assim mesmo, nenhuma delas ultrapassando, individualmente, 1% do total de pacientes homens pesquisados. A exceção a essa regra é feita no caso de dois comerciantes e dois aposentados encontrados, cada um deles compondo 5% dos homens pesquisados. Profissões como, professor, administrador ou artista plástico, profissões que poderiam sugerir a possibilidade de que tais pessoas fossem portadoras de cursos de nível superior, não se verificou para os pacientes homens. Nesse aspecto, o que mais se aproxima dessa possibilidade foi o registro de um aeroviário.

Por fim, se observarmos bem as profissões registradas para todo o universo pesquisado de pacientes homens e mulheres, veremos um número extremamente reduzido de profissões valorizadas na hierarquia, tanto do ponto de vista da consideração do nível médio de renda no mercado de trabalho quanto da percepção de valor socialmente conferido a cada uma dessas profissões. Encontrou-se apenas uma médica, cinco professoras (contra apenas um professor homem) e uma funcionária pública. No que tange a essas duas últimas categorias, contudo, é preciso cautela na avaliação, posto que não se tem informações do grau de escolaridade, da instituição empregadora ou do nível alcançado por estes elementos dentro de suas respectivas profissões. Mesmo com todas essas ressalvas fica evidente que, primeiro: as mulheres têm participação majoritária nessas profissões consideradas (a princípio) mais valorizadas. Por outro lado: fica também evidenciada pela pesquisa, a absoluta maioria do grupo feminino ou a quase totalidade delas também inscritas nas profissões ou nos níveis socialmente menos valorizados pela sociedade. Esses dados são, todavia, perfeitamente compatíveis com o perfil da população manicomial do DF que a pesquisa vem compondo. Isto na medida em que, na ponta de lá, isto é, no campo das profissões

ou ocupações que são socialmente ou do ponto de vista da percepção de renda média, mais valorizadas pela sociedade, as mulheres são maioria e as mulheres brancas sua totalidade. Do lado de cá, isto é, na ponta em que se inscrevem as profissões ou ocupações menos valorizadas socialmente; a maioria absoluta é de mulheres não-brancas.

Isto é o que nos mostra a análise dos pacientes das instituições públicas pesquisadas, no que tange à ocupação, profissão ou emprego, agora no âmbito das classificações e categorias raciais, novamente os números se apresentam, como das outras vezes em que esse campo foi avaliado; bastante precários. Mesmo assim, os dados coletados permitem, no pior dos casos, um ponto de referência a partir do qual um elemento comparativo/aproximativo pode ser esboçado na composição, também por esse diacrítico, de um perfil da população manicomial atendida ou acolhida nas instituições focalizadas pela pesquisa.

No que se refere ao cruzamento entre ocupação e raça, temos aqui, nesse campo, de um total de 239 prontuários, apenas 57 nos quais esse dado aparece de forma válida, portanto, 23,85% do total pesquisado. Desse total de 57 pacientes, 22 (38,60%) foram identificados como brancos, 5 (8,77%) como pretos e 30 (52,63%) como pardos.

Tabela 9: Número de pacientes por ocupação e raça.

Ocupação	Branca	Preta	Parda	Total
Administrador	1	-	-	1
Aeroviário	-	-	-	-
Agricultor	-	-	-	-
Ajudante de obra	-	-	-	-
Almoxarife	-	-	1	1
Analista de crédito	-	-	-	-
Apoio pedagógico	-	-	-	-
Aposentado	-	-	-	-
Artesão	-	-	-	-
Artista plástico	-	-	-	-
Autônomo	-	-	-	-
Auxiliar de cozinha	-	-	-	-
Auxiliar de eletricista	-	-	1	1
Auxiliar de enfermagem	-	-	-	-
Auxiliar de escritório	2	-	-	2
Balconista	-	-	2	2
Cabeleireira	-	-	-	-
Caixa	1	-	-	1

Ocupação	Branca	Preta	Parda	Total
Carregador	1	-	-	1
Caseiro	-	-	1	1
Comerciante	1	-	1	2
Copeira	-	-	-	-
Costureira	-	-	-	-
Desempregado	3	-	4	7
Do lar	6	3	9	18
Doméstica	-	1	1	2
Estudante	1	-	-	1
Feirante	-	-	-	-
Funcionário Público	-	-	-	-
Garçon	-	-	1	1
Jardineiro	-	1	-	1
Lavador	1	-	-	1
Manicure	-	-	-	-
Marceneiro	1	-	-	1
Mecânico	-	-	-	-
Médica	-	-	1	1
Motorista	-	-	1	1
Operador de máquina	-	-	-	-
Pensionista	-	-	-	-
Pintor	-	-	-	-
Prestador de serviços gerais	-	-	1	1
Professor	4	-	1	5
Recepcionista	-	-	1	1
Secretária	-	-	-	-
Servente de pedreiro	-	-	-	-
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-
Técnico em Contabilidade	-	-	1	1
Técnico em Informática	-	-	1	1
Técnico em Radiologia	-	-	-	-
Telefonista	-	-	-	-
Vendedor ambulante	-	-	-	-
Vigilante	-	-	1	1
Zeladora	-	-	1	1
Total	22	5	30	57

O total geral diferenciu-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

Na tabela acima, fica bastante evidenciado, o que explicitaremos na análise, a articulação perversa entre raça, gênero e ocupação; no sentido de que aponta para um perfil da população manicomial como basicamente não-branca

e feminina; essencialmente alocada nas ocupações menos valorizadas socialmente, particularmente naquelas relativas às ocupações, profissões ou empregos circunscritas ao âmbito do mundo privado.

Então, vejamos: as 22 pessoas brancas identificadas nos prontuários estão distribuídas majoritariamente em quatro ocupações – 6 pessoas caracterizadas como sendo **do lar**, 4 **professores**, 3 **desempregados** e 2 **auxiliares de escritório** – o restante se pulveriza em ocupações como carregador, caixa, comerciante e administrador, além de lavador, marceneiro e estudante (1 pessoa para cada uma dessas ocupações). Malgrado encontremos 6 pessoas identificadas como **do lar** (27% dos brancos) e 3 caracterizadas como **desempregados** (14% do universo de pacientes brancos), o grupo branco é o grupo de pessoas por classificação racial em que encontramos maior percentual de pacientes ocupando profissões dentre as socialmente mais valorizadas. Entre os pacientes brancos encontramos 1 comerciante, 1 administrador e 4 professores (28% do total). O interessante nesse aspecto é que a totalidade desses brancos ocupantes dessas profissões, empregos ou ocupações mais valorizadas é composta de mulheres brancas. Nenhum homem branco foi apontado em qualquer dessas profissões socialmente mais valorizadas. É bem verdade que nada sabemos quanto a qualificação desses profissionais. Isto é, nada podemos dizer se tais professores são professores universitários (se de universidade pública ou faculdades privadas), de que tipo de comércio o paciente identificado como comerciante está à frente ou mesmo o que exatamente administra, de fato, o paciente caracterizado como administrador. Contudo, mesmo nesse nível de generalidade, pode-se afirmar, pelo menos, que é possível, sem incorrer em equívocos ou em excessivas especulações, que são; de um ponto de vista mais amplo, algumas das profissões socialmente mais valorizadas que encontramos registradas nos prontuários.

Esses números relativos à ocupação por sexo, se cruzados com os dados que informam pacientes por sexo, raça e grau de instrução são inteiramente concordantes com os dados encontrados e analisados acima relativos às mulheres brancas. Estes dados mostram, como exposto acima, mulheres brancas ocupando as profissões mais valorizadas socialmente. Na tabela abaixo, se encontramos mulheres brancas, negras e pardas com grandes percentuais dentre o contingente de pacientes analfabetos acolhidos nas instituições pesquisadas, por outro lado, também percebemos as mulheres brancas como as únicas que ostentam grau de instrução “superior Completo”. Isto, de certa forma, lança

alguma luz sobre a hegemonia das mulheres, fundamentalmente das mulheres brancas na ocupação das profissões socialmente mais valorizadas. Isto não elide, contudo, o fato de que, são as mulheres e, principalmente as mulheres não-brancas (pardas e pretas) o maior contingente de analfabetos (32% de não-brancas contra 17% de mulheres brancas e nenhum homem) ou dos que ostentam o grau de instrução “fundamental Incompleto” (61% de não-brancas contra 17% de mulheres brancas).

Em conclusão temos sim mulheres (brancas) melhor instruídas e, conseqüentemente, desempenhando as profissões, ocupações ou empregos socialmente mais valorizados (poucas, em termos absolutos), mas também temos, por outro lado e, sobretudo, mulheres não-brancas compondo o grosso das mulheres menos instruídas e atuando nas profissões, ocupações e empregos menos valorizados (principalmente os restritos ao âmbito ou ao universo do mundo privado – designadas como **do lar** ou **domésticas**).

Tabela 10: Percentual de pacientes por sexo, raça e grau de instrução

Grau de instrução	Femi- nino/ Branca	Femi- nino/ Preta	Femi- nino/ Parda	Mas- culino/ Branca	Masculino/ Preta	Mas- culino/ Parda
Analfabeto	17%	25%	7%	-	-	-
Fundamental Incompleto	17%	25%	36%	50%	-	62%
Fundamental Completo	16%	-	35%	25%	1%	25%
Médio Incompleto	-	-	-	-	-	-
Médio Completo	25%	-	7%	-	-	-
Superior Incompleto	-	50%	7%	25%	-	12%
Superior Completo	25%	-	7%	-	-	-
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Entre o grupo de pacientes brancos, encontramos também, como já dito acima, principalmente, 6 pacientes qualificados como **do lar**. Tal designação sugere ou aponta para uma possível identificação de pacientes femininos. Essa relação fica evidenciada na tabela abaixo na qual se cruza os dados por sexo, raça e ocupação. No âmbito desse cruzamento o que temos é um montante de 40% das mulheres brancas indicadas como **do lar** de todos os pacientes brancos. Este número se coaduna com os que encontramos para os dados relativos ao quesito “pacientes por ocupação e sexo”. Neste quesito, 44% de todas as mulheres eram identificadas como ocupando atividades identificadas como **do lar**. Todavia, se articularmos esses números por sexo, raça e ocupação encontraremos que para

as 40% de brancas apontadas como **do lar** temos, por outro lado, 75% das pretas nessa mesma condição e 45% das pardas.

Entretanto, uma diferença chama a atenção: nas colunas voltadas para os dados “pacientes por ocupação e sexo”, além de 55 pessoas identificadas como **do lar** (44% do total feminino), registra-se também 11 pacientes qualificados como domésticas (9% do total de mulheres). Aqui, o importante é que na tabela “número de pacientes por ocupação e raça”, nenhuma pessoa branca está indicada como doméstica; o que remete as domésticas ou para o campo das pessoas não-brancas ou para o universo masculino.

Isto se confirma na tabela abaixo em que se articulam os dados por sexo, raça e ocupação. Nesta tabela, nenhuma pessoa branca foi indicada como doméstica. Por outro lado, na coluna relativa às mulheres pretas, as domésticas aparecem compondo 25% de todas as mulheres pretas pesquisadas e 5% das pardas. Nenhum homem foi identificado como ocupando ou desempenhando a profissão de **doméstica**. Essa parece ser, portanto, uma profissão que se caracteriza basicamente como ocupada pela população não-branca e feminina.

Curioso também é a simetria de outro dado: O número de desempregados entre os pacientes femininos é de 17 pessoas (14% de todos os pacientes femininos) e 7 pacientes masculinos (17% de todos os homens). Por sua vez, só encontramos 3 pacientes brancos desempregados, nenhum preto e 4 pardos. Aqui, vê-se que, apesar de compor um grupo numericamente menor, os brancos desempregados são, ainda assim, inferiores numericamente falando em relação aos não-brancos (pardos) desempregados. Por outro lado, os percentuais considerados para esses dados são sugestivamente convergentes. Vejamos: os 3 pacientes brancos desempregados compõem 14% de todos os pacientes brancos e os 4 pacientes pardos qualificados como desempregados conformam 13% de todos os pacientes pardos.

Quando, todavia, cruzamos as informações relativas a sexo, raça e ocupação, nos surpreendemos com números interessantes: 20% de todas as mulheres brancas são desempregadas, um número relativamente alto. Nenhum paciente, quer seja ele preto ou preta, foi registrado como desempregado, da mesma forma como nenhum homem branco. Diferente, entretanto, se considerarmos, os pardos. Nesse diacrítico racial foram computados 15% de pacientes mulheres desempregadas e 10% de homens pardos desempregados. Avulta então desses números, primeiramente, a evidência de que são as mulheres (brancas e pardas) a maioria

absoluta de todos os desempregados (35%), contra apenas 10% de homens (pardos). Todavia, os números indicam mais; demonstram também aqui, uma população majoritariamente não-branca (homens e mulheres pardos compondo 25% do total de desempregados). Portanto, os dados apresentam inequivocamente uma população feminina e não-branca como maioria nesse quesito **desempregado**, mas também, inscrito aí, uma maioria de maneira geral não-branca.

Dando continuidade ao que mostra a tabela que informa os dados do “número de pacientes por sexo, raça e ocupação”:

Tabela 11: Número de pacientes por sexo, raça e ocupação

Ocupação	Femi- nino/ Branca	Femi- nino/ Preta	Femi- nino/ Parda	Mas- culino/ Branca	Mas- culino/ Preta	Mas- culino/ Parda	Total
Administrador	1	-	-	-	-	-	1
Almoxarife	-	-	-	-	-	1	1
Aux. de eletricitista	-	-	-	-	-	1	1
Aux. de escritório	1	-	-	1	-	-	2
Balconista	-	-	1	-	-	1	2
Caixa	1	-	-	-	-	-	1
Carregador	-	-	-	1	-	-	1
Caseiro	-	-	-	-	-	1	1
Comerciante	-	-	1	1	-	-	2
Desempregado	3	-	3	-	-	1	7
Do lar	6	3	9	-	-	-	18
Doméstica	-	1	1	-	-	-	2
Estudante	-	-	-	1	-	-	1
Garçon	-	-	-	-	-	1	1
Jardineiro	-	-	-	-	1	-	1
Lavador	-	-	-	1	-	-	1
Marceneiro	-	-	-	1	-	-	1
Médica	-	-	1	-	-	-	1
Motorista	-	-	-	-	-	1	1
Prest. serv. Gerais	-	-	1	-	-	-	1
Professor	3	-	1	1	-	-	5
Recepcionista	-	-	1	-	-	-	1
Técnico Contab.	-	-	-	-	-	1	1
Técnico Inform.	-	-	-	-	-	1	1
Vigilante	-	-	-	-	-	1	1
Zeladora	-	-	1	-	-	-	1
Total	15	4	20	7	1	10	57

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

Vemos que o contingente feminino branco, além do que acima já se considerou, apresenta 3 professoras e 1 administradora. O grupo feminino preto não apresenta ninguém no campo das profissões socialmente valorizadas. Já as pardas, apesar de apresentarem 9 pacientes indicados como **do lar** (45% de todas as pardas) e 3 pacientes **desempregadas** (15 % de todo o grupo de mulheres pardas), registram, por outro lado também, 1 professora (5%) e 1 médica (5% de todo o grupo de pardas).

Os dados coletados também nesta tabela (sexo, raça e ocupação) sugerem outra relação que nos parece significativa. Nenhum homem preto, branco ou pardo se identificou ou foi identificado como **desempregado, do lar** ou **doméstica**. Todavia, 75% de todos os pacientes femininos pretos são qualificados como **do lar** e 25% como **domésticas**, isto é; 100% dos pacientes pretos, a sua totalidade (sem sombra de dúvidas pretas), têm ocupações voltadas para o âmbito do privado e desempenham atividades socialmente desvalorizadas. Esse número é, portanto, muito maior do que o que encontramos especificamente para as mulheres (71% das mulheres estão ocupando ou desenvolvendo atividades no âmbito do privado). Os dados parecem nos indicar, então, que no que respeita ao universo feminino das pacientes acolhidas ou internadas, o segmento particular das pacientes pretas, apresenta ainda um nível menos valorizado do que o segmento das pacientes brancas no que se refere a estarem circunscritas, no caso de suas ocupações, profissões ou emprego, ao âmbito do privado.

Aqui, parece-nos; como tentaremos explicitar, que os dados nos informam, coetâneo às mesmas tendências que viemos assinalando acima; sobretudo, uma concentração significativa de mulheres pobres (especialmente, como vimos, de mulheres não-brancas), com baixa escolaridade, majoritariamente oriundas de fora do Distrito Federal, predominantemente do nordeste), com ocupações desvalorizadas socialmente ou subalternas, no mais das vezes circunscritas ao universo do mundo do privado, contingente assim definido e caracterizado como os pacientes majoritariamente acolhidos nas instituições públicas privilegiadas por essa pesquisa.

PERFIL POR IDADE

Concluiremos agora, parcial e provisoriamente este perfil, tal como indicamos na seção “metodologia” deste trabalho e pelas razões lá enumeradas;

juntando aqui ao já consolidado as considerações dos dados relativamente aos quesitos “pacientes por faixa etária”, “pacientes por faixa etária e sexo”, “pacientes por faixa etária e raça” e “pacientes por ocupação e faixa etária”.

O universo de pacientes caracterizados especificamente pela “faixa etária” é idêntico ao total de prontuários pesquisados. Todos, de uma forma ou de outra, trazem alguma informação ou pista sobre a “faixa etária” do paciente. Utilizamos aqui a expressão “informação ou pista”, na medida em que dos 239 prontuários pesquisados, ainda que tenham trazido algum tipo de informação relativo a essa questão, não nos permitiram, com segurança, inferir ou deduzir informação inequívoca. Esse é o caso de 9 (4% do total) prontuários onde tal informação se apresentou bastante ambígua quanto a essa questão, e não nos possibilitou obter informações conclusivas dos dados. Vejamos na tabela abaixo:

Tabela 12: Número de pacientes por faixa etária

Faixa etária	Frequência	Percentual
10 ┤ 20	4	2%
20 ┤ 30	25	10%
30 ┤ 40	62	26%
40 ┤ 50	58	24%
50 ┤ 60	48	20%
60 ┤ 70	23	10%
70 ┤ 80	9	4%
80 ┤ 90	1	0%
Sem avaliação	9	4%
Total	239	100

Na tabela acima, referente aos dados dos pacientes por faixa etária, temos um universo bastante representativo, em que praticamente todas as faixas etárias estão caracterizadas de alguma forma. Dos 10 aos 20 anos temos a indicação de 4 pacientes (2% do total), dos 20 aos 30 anos de idade esse número sobe para 25 pacientes (10% de todos os prontuários pesquisados). Todavia, na faixa etária dos 30 anos de idade aos 40, temos o registro do maior contingente de pacientes, 62 prontuários, compondo 26% do total pesquisado. Logo em seguida, como segundo maior colégio de pacientes, encontramos os inscritos na faixa etária dos 40 aos 50 anos, 24% do total. Contingente também significativo se apresenta igualmente nos pacientes enquadrados na faixa etária

definida entre os que têm de 50 a 60 anos de idade, 48 prontuários foram encontrados registrando essa faixa de idade, compondo 20% do total de pacientes pesquisados. A partir da faixa etária dos que têm de 60 anos a 70, os números principiam a declinar. Nesta faixa etária, foram registrados apenas 23 pacientes, relativo a 10% do total pesquisado. A tendência de queda continua na faixa dos pacientes que estão entre os 70 e 80 anos. Nesta faixa, a pesquisa só encontra 9 prontuários (4% do total). Por fim, a faixa de pacientes que têm de 80 a 90 anos, apresenta números residuais; apenas 1 paciente foi encontrado no interior dessa faixa etária, não alcançando, em termos percentuais, nem 1% do total (0% para efeito estatístico). Temos, portanto, claramente estabelecido por esses números que se juntarmos os dados relativos aos pacientes inclusos nas faixas etárias dos 40 aos 50 anos com os pacientes que tem de 50 a 60 anos, isto é 24% mais 20%, respectivamente, teremos o grosso, a maioria dos pacientes acolhidos por essas instituições (44% do total). Se, entretanto, aduzirmos a essa conta os pacientes que registram idades entre 60 e 70 anos (23 pacientes, compondo 10% do total) e os que são identificados como tendo entre 70 e 80 (9 pacientes, somando 4% do total), levaríamos nossos dados a indicar que 58% de todos os pacientes acolhidos nessas instituições de saúde mental do DF são pessoas consideradas socialmente entre “adultas” e “idosas”.

Entretanto, certamente outras serão as considerações se afinarmos nossa análise dos dados pelo cruzamento de “faixa etária e sexo”. Especificamente para esse cruzamento encontramos dados em todos os 239 prontuários trabalhados. Desses 239 prontuários, contudo, 167 referiam-se a pacientes mulheres, mais do que o dobro de prontuários relativos aos pacientes masculinos (72 prontuários). O que percebemos de imediato, todavia, com curiosidade, é que aquele único paciente encontrado na casa dos 80 aos 90 anos é um paciente masculino.

Das 167 pacientes femininas, então, 3 estão na faixa dos 10 aos 20 anos (2% do total de mulheres, contra 1 paciente do sexo masculino (1% do total de homens). Na faixa etária dos 20 aos 30 anos, se os números se equivalem em termos absolutos, 12 mulheres encontradas contra 13 homens, outra é a situação se considerarmos a informação pelo prisma percentual. Nessa faixa etária encontram-se apenas 7% de todas as mulheres contra 18% dos homens.

Tabela 13: Número de pacientes por faixa etária e sexo

Faixa etária	Quantidade			Percentual	
	Feminino	Masculino		Feminino	Masculino
10 – 20	3	1		2%	1%
20 – 30	12	13		7%	18%
30 – 40	36	26		22%	36%
40 – 50	44	14		26%	19%
50 – 60	37	11		22%	15%
60 – 70	19	4		11%	6%
70 – 80	9	-		5%	-
80 – 90	-	1		-	1%
Sem avaliação	7	2		4%	3%
Total	167	72		100%	100%

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

É o que mostra a tabela acima. Nela, podemos observar ainda, que essa tendência permanece na faixa dos 30 aos 40 anos. É possível perceber que, mesmo encontrando uma maioria de mulheres em relação aos homens, em termos absolutos – 36 pacientes mulheres contra 26 homens –, o número de mulheres compõe apenas 22% de todas as mulheres, enquanto que no universo de homens o percentual sobe para 36%.

A partir da faixa etária dos 40 aos 50 anos de idade essa tendência se interrompe em razão do montante bem superior, em números absolutos e percentuais, de mulheres em relação aos homens. Nessa faixa etária, 44 são as mulheres contra apenas 14 homens. Por conta disso, esse número eleva o percentual de mulheres para 26% de todas as mulheres contra 19% do universo total de homens. Esse também é o caso para a faixa etária seguinte. Dos 50 aos 60 anos, encontramos 37 mulheres contra somente 11 homens (22% contra 15%, respectivamente). Na faixa etária dos pacientes que têm entre 60 e 70 anos, os números começam a declinar significativamente para ambos os sexos. Aqui encontramos 19 mulheres contra apenas 4 homens (11% contra 6%, respectivamente), entretanto, ainda assim, os números continuam mostrando uma significativa predominância de mulheres. Tal tendência permanece na faixa etária que vai dos que têm 70 anos aos 80. Nesta faixa encontramos 9 mulheres contra nenhum homem, compondo, os números femininos 5% de todas as mulheres.

Outras coisas, contudo, saltam aos olhos: as faixas etárias que concentram maior número de pacientes são as dos intervalos que vão de 30 a 40 anos

(62 pacientes, 26% do total), a de 40 a 50 anos (58 pacientes, 24% do total) e a de 50 a 60 anos (48 pacientes, 20% do total de pacientes pesquisados). Nesse intervalo – que vai dos 30 aos 60 anos – estão, portanto, 70% de todos os pacientes por nós pesquisados. O mesmo percentual foi encontrado para o universo feminino considerado. Isto é, 70% de todas as pacientes mulheres registradas pela pesquisa, se encontram na faixa etária dos 30 aos 60 anos. Coincidentemente, foram encontrados os mesmos 70% de todos os pacientes homens registrados pela pesquisa, o que é, de por si, bastante significativo. Se os números percentuais entre homens e mulheres se equivalem, nesse sentido; outra é a avaliação se considerarmos os números absolutos. Por esses, como já foi mostrado acima, temos mais do dobro de mulheres encontradas pela pesquisa do que homens.

No caso particular dos dados referentes ao cruzamento dos pacientes por “faixa etária e raça”, completa-se com bastante coerência o perfil da população manicomial das duas instituições pesquisadas, que os dados levantados pela pesquisa e a análise encaminhada vêm ajudando a construir e que criteriosamente viemos traçando.

Encontramos, para esse cruzamento (algo que se repetiu todas as vezes em que o diacrítico “raça” esteve presente), um número bastante modesto de prontuários que apresentam registros válidos. Apenas 72 prontuários que indicam essa relação foram levantados, dentre os 239 pesquisados. Aqui, acompanhando em quase tudo o que vimos acima, as faixas etárias de 30 a 40 anos e de 40 a 50 anos, também são as que concentram maior contingente de pacientes.

Dos 72 prontuários que trouxeram informações válidas relativamente a esse quesito, encontramos 27 pacientes identificados como brancos, 8 indicados como pretos e 37 que se identificaram ou foram identificados como sendo da cor parda. A tabela abaixo mostra com muita clareza que os números percentuais mais expressivos são percebidos entre os pardos (50% de todos os registros para esse quesito “faixa etária e raça”) e entre os brancos (quase 35% de todos os prontuários levantados). Os pretos, com 8 pacientes identificados respondem com apenas pouco mais de 10% de todos os considerados para esse quesito. Entretanto, se agruparmos, como viemos fazendo, negros e pardos sob o conceito de não-brancos, teremos 45 pacientes (pouco mais de 60% de todos os prontuários que respondem ao quesito já referido).

Tabela 14: Número de pacientes por faixa etária e raça

Faixa etária	Branca	Preta	Parda	Total
10 ┤ 20	-	-	-	-
20 ┤ 30	3	1	7	11
30 ┤ 40	8	2	10	20
40 ┤ 50	7	2	8	17
50 ┤ 60	5	2	4	11
60 ┤ 70	2	1	7	10
70 ┤ 80	2	-	1	3
80 ┤ 90	-	-	-	-
Total	27	8	37	72

Como mostra a tabela 14, não temos o registro pelo diacrítico racial de nenhum paciente na faixa etária dos 10 aos 20 anos. No intervalo etário constituído pelos que tem de 20 a 30 anos, temos 11 pacientes registrados e repartidos em 3 da cor branca (11% de todos os brancos), 1 da preta (12% de todos os pretos), 7 identificados como sendo pardos (19% dos pardos). Já na faixa dos que tem entre 30 e 40 anos encontramos o maior número de pacientes, 20 no total, divididos entre 8 brancos (30% dos brancos), 2 pretos (25% de todos os pretos) e 10 pardos (27% da totalidade de pardos encontrada). A faixa etária que vem a seguir, a que vai dos 40 aos 50 anos, revela o segundo maior *quantum* de pacientes – 17 ao todo, distribuídos entre 7 brancos (26% do total de brancos), 2 pretos (25% dos pretos) e 8 pardos (22% de todos os pardos).

A proporção entre brancos, pretos e pardos se mostra sem significativas variações nas três primeiras faixas etárias comentadas. Esta regularidade é interrompida no que concerne à faixa etária que vai dos 50 a 60 anos. Um total de 11 prontuários revela dados etários de pacientes que se enquadram nessa faixa etária. Desses, todavia e diferentemente das outras faixas anteriormente citadas, os pacientes identificados como brancos (5 pacientes compondo 19% dos brancos) são maioria em relação a pretos (2 pacientes – 25% dos pretos) e pardos (4 pacientes – apenas 11% dos pardos). Contudo, na faixa seguinte (que vai dos que tem 60 anos aos que registram 70 de idade), a proporção anterior se restabelece. Nela encontramos 10 pacientes no total, fragmentados em 2 brancos (7% dos brancos), 1 negro (12% dos negros) e 7 pardos (19% de pardos). Por fim, dentre os pacientes que tem entre 70 e 80 anos, verificamos números diminutos, pois só se registrou 2

brancos (7% dos brancos), nenhum preto e apenas 1 pessoa parda (apenas 3% da totalidade dos pardos). A faixa etária que vai de 80 a 90 anos, tal como a primeira indicada na tabela (a que vai de 10 a 20 anos), nenhum paciente foi registrado para nenhuma das categorias raciais.

PERFIL POR LOCAL DE MORADIA

Concluiremos agora, parcial e provisoriamente tal como indicamos na seção “metodologia” deste trabalho e pelas razões lá enumeradas; com análise dos dados relativos aos “pacientes por endereço”.

Nesse quesito, encontramos informações confiáveis e seguras em quase todos os prontuários colhidos e analisados pela pesquisa. Dos 239 prontuários analisados, apenas 13 se mostraram inconclusivos (5,4% do total).

Tabela 15: Número de pacientes por endereço.

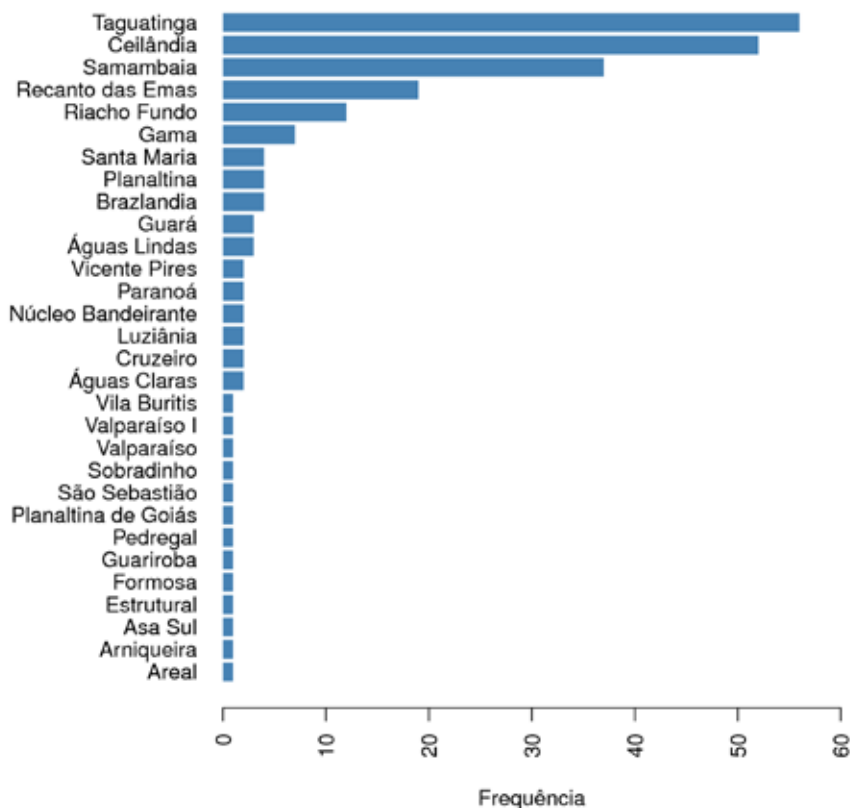
Endereço	Quantidade	Percentual
Taguatinga	56	23,4%
Ceilândia	52	21,8%
Samambaia	37	15,5%
Recanto das Emas	19	7,9%
Riacho Fundo	12	5,0%
Gama	7	2,9%
Brazlândia	4	1,7%
Planaltina	4	1,7%
Santa Maria	4	1,7%
Águas Lindas	3	1,3%
Guará	3	1,3%
Águas Claras	2	0,8%
Cruzeiro	2	0,8%
Luziânia	2	0,8%
Núcleo Bandeirante	2	0,8%
Paranoá	2	0,8%
Vicente Pires	2	0,8%
Areal	1	0,4%
Arniqueira	1	0,4%
Asa Sul	1	0,4%
Estrutural	1	0,4%
Formosa	1	0,4%
Guariroba	1	0,4%
Pedregal	1	0,4%
Planaltina de Goiás	1	0,4%
São Sebastião	1	0,4%

Endereço	Quantidade	Percentual
Sobradinho	1	0,4%
Valparaíso	1	0,4%
Valparaíso I	1	0,4%
Vila Buritis	1	0,4%
Sem avaliação	13	5,4%
Total	239	100,0%

Pode-se ver na tabela abaixo a distribuição dos pacientes pelos lugares de suas moradias ou o local em que habitam. Nessa tabela temos apenas um único registro de paciente cujo endereço possa ser avaliado como localizado em bairro ou região socialmente considerada como nobre na cidade e com um IDH bastante elevado (0,936) – foi o caso de um paciente que referiu morar na Asa Sul .

Lógico que é preciso ponderar aqui que, é certo, foram mencionadas também pelos pacientes como lugares onde habitam, cidades que são consideradas “lugares de classe média”, como é o caso do Guará e de Águas Claras, Sobradinho, Cruzeiro ou Núcleo Bandeirante. Entretanto, também em tais cidades existem locais onde se concentram pessoas de baixo nível de renda e precárias condições sócio-econômicas. Além do mais e mesmo assim, encontramos para esses locais acima mencionados números totais residuais. Informaram habitar no Cruzeiro, Águas Claras e Guará apenas 2 pessoas para cada uma dessas localidades (0,8% do total). No Guará, apenas 3 pacientes indicaram a cidade como local de sua habitação (1,3%) e Sobradinho apenas um único paciente declarou ser seu local de moradia (0,4%).

É claro que não somos ingênuos em pensar também que não possa haver pessoas de posse e nível e elevado de renda dentre moradores encontrados em cidades satélites como Ceilândia e Taguatinga. Existem, nessas cidades mencionadas e mesmo em outras constantes dos nossos registros, locais considerados de alto padrão e qualidade material de vida. Todavia, o perfil que viemos desenhando aqui; especialmente atravessados pelos diacríticos raciais, de gênero e ocupação, sugerem, enfaticamente, que esse não é o caso do grosso dos acolhidos ou internos nessas instituições. Isto é, não nos parece, pelos cruzamentos e informações consolidadas acima, que os pacientes identificados como moradores de cidades como Taguatinga, Ceilândia, Águas Claras, Sobradinho ou mesmo Samambaia (cidades que possuem, como já foi assinalado, locais de elevado nível material de vida), tenham nível de renda ou posses que indiquem que habitam nesses setores ou lugares compatível com o padrão médio, médio-alto de vida deles.



Dos 226 prontuários em que pudemos certificar o lugar de moradia do paciente, Taguatinga aparece registrada como lugar que apresenta o maior contingente; 56 pessoas apontaram essa cidade como lugar de sua moradia (23,4% do total). Ceilândia vem logo a seguir com 52 pacientes (21,8%) e Samambaia é o terceiro local de habitação mais indicado pelos pacientes com 37 pessoas referindo morarem lá (15,5% do total). Números significativos aparecem também para Recanto das Emas, 19 pacientes (7,9%) e Riacho Fundo com 12 pessoas (5,0%). Além desses, o Gama com 7 pacientes (2,9%), Brazlândia, Planaltina e Santa Maria com 4 pessoas cada uma (1,7%), junto com Guará e Águas Claras, 3 pacientes (1,3%), merecem registro particular. Todas as outras cidades não alcançam, individualmente, 1% do total.

Fica, todavia, inequivocamente estabelecido por esses dados, o processo de periferização absoluta do contingente de pessoas atendidas, acolhidas ou internadas nessas instituições, além de sua concentração em determinadas localidades. Taguatinga, Ceilândia, Samambaia, Recanto das Emas e Riacho Fundo,

por exemplo, respondem, conjuntamente, por 73,6% de todos os pacientes. Infelizmente não pudemos levantar também informação preciosa (os prontuários nada diziam a respeito), referente à condição desse morador. Isto é, se essas pessoas seriam proprietários dos imóveis, inquilinos ou mesmo agregados, parentes ou meros visitantes de outras pessoas.

Contudo, se juntarmos a essas informações acima consolidadas, outras referentes especificamente aos dados relativos ao número de pacientes por “sexo, raça e endereço”, mais claro ainda e melhor consolidado fica o perfil pobre e periférico desse contingente manicomial pesquisado. Para esse quesito, só foi possível colher informações válidas de 67 prontuários dos 239 pesquisados. Vejamos então na tabela abaixo como esses números se distribuem:

Tabela 16: Número de pacientes por sexo, raça e endereço.

Endereço	Femi- nino/ Branca	Femi- nino/ Preta	Femi- nino/ Parda	Mas- culino/ Branca	Mas- culino/ Preta	Mas- culino/ Parda	Total
Águas Claras	-	-	2	-	-	-	2
Águas Lindas	-	-	-	-	-	1	1
Brazlândia	1	-	-	-	-	2	3
Ceilândia	2	1	4	4	-	1	12
Estrutural	1	-	-	-	-	-	1
Gama	-	-	-	-	-	1	1
Núcleo Bandeirante	-	-	-	1	-	-	1
Paranoá	-	-	1	-	-	-	1
Pedregal	-	-	1	-	-	-	1
Planaltina	-	1	-	1	-	-	2
Planaltina/GO	-	-	-	-	-	1	1
R. das Emas	2	1	-	1	-	1	5
Riacho Fundo	-	-	1	-	-	1	2
Samambaia	2	1	2	-	-	2	7
Santa Maria	1	-	-	-	-	-	1
Taguatinga	9	1	8	-	-	4	22
Valparaíso	-	1	-	-	-	-	1
Valparaíso I	-	-	-	-	1	-	1
Vicente Pires	-	-	1	-	-	1	2
Total	18	6	20	7	1	15	67

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

Nas localidades em que se verificam as maiores concentrações de moradores-pacientes acolhidos nas instituições pesquisadas, a distribuição por gênero e raça é extremamente ilustrativa. Em Taguatinga, por exemplo, cidade de

maior representatividade nesse quesito, contamos ao todo 22 pacientes, somente 4 homens para 18 mulheres. Dessas, 9 mulheres são da cor branca (50% de todas as mulheres brancas), 1 mulher preta (17% das mulheres pretas) e 8 mulheres pardas (40% de todas as mulheres pardas). Dos 4 homens identificados não há registro de nenhum branco e nenhum preto. Todos os 4 homens identificados como moradores de Taguatinga são caracterizados como pardos. Portanto, se juntarmos, de um lado, as mulheres brancas (9 pacientes) e do outro o contingente feminino não-branco morador de Taguatinga, teremos as mesmas 9 mulheres, igualando em números absolutos o total de mulheres brancas moradoras de Taguatinga. Se considerarmos homens e mulheres, então teremos um contingente de não-brancos (13 pacientes) maior do que o de brancos (9 pacientes).

No caso da cidade de Ceilândia, segundo maior contingente de paciente por local de moradia computado, temos que, das 12 pessoas identificadas só encontramos 5 homens (1 pardo e 4 brancos), todos os outros pacientes identificados como moradores de Ceilândia são mulheres. Dessas, 2 são brancas (11% de todas as mulheres brancas), 1 mulher preta (17% das mulheres pretas) e 4 pardas (20% das pardas). Se tal com fizemos para os números relativos à cidade de Taguatinga, fizemos aqui o mesmo para os números concernentes à Ceilândia e, assim, juntarmos brancas de um lado e não-brancas do outro; acharemos 2 brancas contra os mesmos 5 outros pacientes femininos não-brancos.

Se, entretanto, considerarmos os 67 prontuários analisados no quesito “sexo, raça e endereço” encontraremos 25 brancos (entre homens e mulheres) contra 42 não-brancos. Um dado interessante, todavia, nos chama a atenção. Essas duas cidades acima consideradas são as que concentram grande parte dos pacientes brancos computados (homens e mulheres). Só encontramos, fora de Taguatinga e Ceilândia, espalhadas por todas as outras cidades registradas, 14 brancos.

Conclusão

Não nos dedicaremos nessa conclusão a repetir cansativamente o que o relatório detalhou. Importa-nos aqui apenas assinalar as principais tendências e regularidades que os dados nos informaram. Ao longo da pesquisa mostrou-se detalhadamente, todavia aqui, nesta conclusão, apenas em largas pinceladas; que no âmbito do conjunto de pacientes acolhidos nas duas instituições de saúde focadas pela pesquisa manifesta-se uma concentração significativa e majoritária de

pacientes racialmente definidos como não-brancos, mulheres, pobres, com baixo grau de escolaridade. No interior dessa moldura percebe-se a predominância de mulheres pobres, adultas e idosas, não brancas, com baixa escolaridade, moradoras da periferia, majoritariamente oriundas de fora do Distrito Federal, predominantemente do nordeste, com ocupações desvalorizadas socialmente ou subalternas, no mais das vezes circunscritas ao universo do mundo do privado. Esse é, em traços gerais, o perfil majoritário do contingente pesquisado dos pacientes acolhidos nas instituições públicas privilegiadas por essa pesquisa.

A pobreza é encarada como um dos fatores de risco à saúde mental. De fato, Pesquisadores têm associado a pobreza a incidência de doenças, tanto física como mental. As condições inadequadas de habitações, por exemplo, são importantes fatores na produção de doenças. A grande frequência de distúrbios mentais em populações pobres já é bem conhecida.

No caso das mulheres pobres, especialmente das mulheres não brancas, os riscos mostram-se mais relevantes. As diversas demandas relacionadas a vida das mulheres, combinada com as difíceis condições associadas a pobreza e a desigualdade racial têm contribuído para o comprometimento de sua saúde mental.

PRAZER, PROZAC!

Luciana K. P. Salum¹

Breve Introdução

A partir de uma pesquisa realizada com os prontuários dos pacientes do Instituto de Saúde Mental (ISM) e do Hospital São Vicente discutir-se-á sobre os possíveis impactos da sociedade atual, da constituição do sujeito e das diferentes sintomatologias sobre os dados coletados. Para tanto, haverá uma reflexão crítica, sob um ângulo psicanalítico, dos aspectos acima citados.

Importante destacar, resumidamente, a conclusão da então pesquisa. Alguns dados como os relacionados à faixa etária, grau de escolaridade e religião não diferenciam tal população, pois se assemelham aos dados apurados pelo Censo populacional do IBGE (2000). Com relação ao quesito cor da pele, infere-se que há maiores proporções de pacientes negros em relação aos brancos. Todavia, um estudo mais vertical seria importante no sentido de consolidar tais números e tendências. Na variável “ocupações”, concluiu-se que a grande maioria dos pacientes corresponde a donas-de-casa e empregadas domésticas. Ao avaliar os sintomas apresentados, importante destacar que “os mais frequentes incluem insônia, ansiedade e alucinações e os diagnósticos que mais apareceram nos prontuários são de depressão, psicose, esquizofrenia e ansiedade”².

O foco do presente ensaio será dado ao último aspecto destacado da pesquisa. A análise, portanto, privilegiará uma reflexão acerca dos sintomas apresentados na coleta de dados. Para tanto, será necessário saber quem é o sujeito que adoece e em qual contexto social ele vive. Assim, esperamos chegar a algumas conclusões

¹ Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Teorias Psicanalíticas pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB).

² Trecho recortado da própria pesquisa realizada que se encontra em anexo.

sobre os impactos de sua própria constituição para a apresentação de tais sintomatologias, principalmente as que se referem às insônias, ansiedades e depressões.

O “estranho” da Sociedade

Após salientar tais dados e a fim de avaliá-los, destacamos que é imprescindível a existência de uma proposta de discussão acerca da contemporaneidade e de seus atuais mitos. Barthes (2007) ajuda-nos ao esclarecer o que ele entende por mito: é uma fala. Todavia, não uma fala qualquer, mas aquela que porte o peso de uma mensagem inserida num sistema de comunicação. Em outros termos, uma fala amparada por uma forma. Seguindo suas palavras:

Esta fala é uma mensagem. Assim, ela pode perfeitamente não ser oral, pode ser formada de escritas ou de representações: o discurso escrito, mas também a fotografia, o cinema, a reportagem, o desporto, os espetáculos, tudo isso é susceptível de servir de suporte à fala mítica. (p.262)

Entretanto, ele nos lembra: “Mas, precisamente, não se trata de um modo teórico de representação: trata-se desta imagem, dada para esta significação” (p.262). Portanto, é válido considerar a fala mítica e suas respectivas significações, apresentada de inúmeras e particulares maneiras, para entendermos os diferentes momentos da sociedade ao longo da história e assim, ao considerar tal contexto, fazermos uma melhor análise dos dados coletados pela pesquisa.

Há diferentes pensadores que investigam e estudam nossa sociedade. Diversos pontos de vista tentam esclarecer as novas sintomatologias que surgem trazidas pela contemporaneidade. Desde Freud, inclusive, já se presencia a necessidade de considerar a Cultura para pensar a constituição do Sujeito. Em sua continuidade, o psicanalista Jacques Lacan não só se aproxima da questão ao retomar os escritos freudianos, como também, introduz elementos novos para pensarmos a sociedade na qual estamos inseridos.

Dentre os autores que se interrogam sobre o tema, uma interessante perspectiva é apresentada por Kehl (2009) ao destacar que diferente do que víamos nos tempos de Freud, a perversão, não mais a neurose, é a atual dominante da organização dos laços sociais. A autora salienta que estamos diante dos efeitos produzidos pelo apagamento das diferenças. Chauí (2009), seguindo o mesmo pensamento, destaca que tanto Freud quanto Marx; referiam-se a uma sociedade

em que o gozo e a satisfação dos desejos deveriam ser recalcados, possibilitando assim a manutenção da ordem social. Mas, atualmente, o fetichismo retorna numa sociedade do consumo e do espetáculo na qual o gozo e a satisfação se tornam imperativos sociais e morais. Percebemos assim, através da leitura das autoras, algo “estranho” no atual contexto social. Estranho, no sentido do *Unheimliche*, conceito apresentado por Freud em 1919.

O *Unheimliche* perde muito de sua carga semântica ao ser traduzido, em português, por “estranho”. Hanns (1996) enfatiza esta questão ao afirmar que, originalmente, *Unheimliche* tem seu significado direcionado a uma situação de ambivalência, a uma “sensação inquietante e fantasmagórica de algo que cerca o sujeito sorratamente” (p. 253). Entende-se como aquilo que, ao mesmo tempo, é familiar e desconhecido. Algo que, como salienta Freud, “deveria ter permanecido oculto, mas veio à luz” (p. 258). O conhecido se confunde com o seu oposto, por colocar em cena conteúdos submetidos ao recalque. A sensação de estranheza traz a ideia do duplo que se manifesta originalmente como uma segurança de eternidade, mas posteriormente inverte o seu sentido, relaciona-se ao seu oposto e passa a ser, assustadoramente, uma espécie de anunciador da morte.

Assim, vemos características culturais que simultaneamente nos aproximam e afastam do que considerávamos como nossa sociedade. Sintomas aparentemente diversos que, ao serem cuidadosamente escutados nos remetem aos clássicos casos clínicos freudianos. Há, então, a necessidade de marcar o que insiste como igual, apesar do tempo, e aquilo que escancara seu caminhar, através das diferenças.

O convite a este cuidado tem como objetivo considerar o que do social interfere no desenvolvimento psíquico e o que do sujeito se repete apesar das mudanças culturais. Assim, teremos uma maior responsabilidade ao não considerar o sujeito atual apenas como àquele descrito nos textos do criador da psicanálise, e também, não destituir a memória cultural que ainda marca sua presença ao impedir que falemos de um tempo, unicamente, outro.

A sociedade e o Outro

A ideia de que a evolução do sujeito se enlaça à evolução cultural é antiga, tanto quanto o saber de que é impossível considerar um estudo sobre o ser

humano sem valorizar o momento histórico em que ele está inserido. A própria sensação que temos acerca do tempo, salienta Elias (1998), diz respeito às transformações existentes na sociedade. Assim, vemos que nossas próprias percepções precisam ser filtradas pelo processo da civilização. Para isso, é fundamental considerar que a descoberta freudiana inovou a maneira de se pensar e refletir, não só sobre o sujeito, mas também, sobre a cultura.

Em seu clássico, “Mal estar na Civilização” (1929/1996), Freud aborda as dificuldades e os efeitos delas sobre o sujeito que vive inserido na cultura. Inicialmente, o autor retoma o conceito do princípio de prazer o relacionando à dificuldade de abandonar objetos prazerosos. Todavia, a vida é considerada como árdua demais, tornando-se assim, uma inimiga para a felicidade e um empecilho para o princípio do prazer. Para suportarmos a dor de viver amparada pelo conhecido afeto que não engana (nome dado por Lacan, 1962, para a angústia), o psicanalista austríaco reconhece que necessitamos de medidas paliativas. Acrescenta, então, que a possibilidade de socialização dos indivíduos está presente na opção de poder abrir mão de seu desejo, de seu objeto de desejo incestuoso. Poder abrir mão do objeto proibido, mas, ganhar outros “objetinhos” para apaziguar a dor da castração. A civilização, assim, tem como objetivo estabelecer limites para as pulsões empregando métodos destinados a incitar as pessoas a identificações, relacionamentos fraternos e amorosos, investimento no trabalho... Todavia, isso a que o sujeito é convidado a investir sempre comparece como pouco, como, em outras palavras, incompleto para trazer-lhe a felicidade que tanto esperava. Enfim, o que representa a sociedade é o fato dela comparecer, sempre, como insatisfatória.

Embora tal ensaio tenha sido publicado tardiamente por Freud, é visível em seu percurso sua preocupação em inserir o contexto cultural para questionar o sujeito. Desde os “Estudos sobre as histerias” (1893-1895/1996) que o psicanalista percebia, ao escutar suas pacientes histéricas, que é preciso valorizar como fenômeno social as diversas relações de seus pacientes com os outros, tanto os semelhantes como a própria linguagem. Pois, é justamente ao ser inserido no mundo da linguagem que o indivíduo é inserido na cultura e passa a poder, também, ser inserido numa cadeia significativa que o permite se apresentar como sujeito.

O sujeito e o Outro

O sujeito em psicanálise, desamparado por excelência, precisa do Outro para se constituir. Todavia, não se trata de um outro qualquer, compreendido como um semelhante. Trata-se do Outro, tesouro dos significantes, que irá inserir linguagem no sujeito a fim de determiná-lo simbolicamente. Como resume Collete Soler (2005): “Quero enfatizar que este sujeito é primariamente um efeito, não um agente. O sujeito, a princípio, se constitui no campo do Outro – campo do Outro como lugar dos significantes e da fala” (p. 56). Assim, deparamo-nos com um sujeito que, aparentemente, surge como consequência, ou seja, é necessário um Outro que o preceda e permita sua constituição.

Lacan (1964/1995), em sua releitura dos textos freudianos, nos reapresenta o sujeito do inconsciente. Ressalta o caráter de sua constituição somente num segundo momento. Em suas palavras:

O importante, para nós, é que vemos aqui o nível em que – antes de qualquer formação do sujeito, de um sujeito que pensa, que se situa aí – isso conta, é contado, e no contado já está o contador. Só depois é que o sujeito tem que se reconhecer ali, reconhecer-se ali como contador. (p.26)

Mas há de se pensar, atualmente, na fragilidade presente nos laços sociais. Vemos com frequência, na clínica e fora dela, pais que visam uma educação “alternativa” e, ao descenderem uma geração, privam seus filhos de sua própria filiação. Presentifica-se uma inconsistência do Outro constituinte na contemporaneidade. Obviamente, reconhecer que nascemos através da relação física de nossos pais não responde à pergunta “de onde eu vim?”. No entanto, parece-nos importante ter o Outro inicialmente neste lugar de respostas (não barrado) para que se dê o momento de alienação e, posteriormente, vislumbremos a separação.

Constatar tal fragilidade existente na atualidade obriga-nos a voltar ao estudo da contemporaneidade e, por conseguinte, dos avanços midiáticos que são características significativas de nossa época. Isso porque vislumbramos como uma hipótese para a aparição dos nomeados “novos sintomas” a forte influência dos veículos de comunicação e, portanto, do discurso midiático como um suporte representado pelo Outro fragilizado. Assim, estamos diante de sujeitos que, supostamente, se constituiriam com forte influência da linguagem inserida por um Outro fabricado.

Freud em “Psicologia das massas e análise do eu” (1921/1996) faz um estudo sobre a cultura e traz algumas considerações importantes para nossas inferências. Ao analisar o funcionamento das massas, o psicanalista percebe a importância da presença de um líder para um grupo social, e um líder aparentemente não barrado, o que resulta numa falta de liberdade para o sujeito. Um discurso “imposto”, embora autorizado pelo sujeito. A fala do líder salva o sujeito de seu desamparo originário e, ilusoriamente, permite que o mesmo acredite ter aquilo que lhe falta. Não há um anseio pela verdade, mas, sim, pela construção mítica de amparo a qual podemos articular diretamente com as seduições e astúcias do discurso midiático e também com o conceito de tutela.

Ao ser tomado como um dispositivo de controle social, a tutela marca um resquício da sociedade pré-colonial na qual há o predomínio de um sujeito que tem seus direitos (também sua fala?) sob responsabilidade de um Outro. É justamente neste ponto que destacamos o lugar, por vezes deslizante, do profissional de saúde mental. O que entendemos como tratamento? Por vezes, parece-nos que a saída mais confortável (obviamente, para o profissional) é ocupar o lugar de saber sobre o outro e não daquele que “supostamente” sabe, como nos ensina Lacan. Ocupar tal lugar sugere o estabelecimento de uma relação tutelar, como descrita acima, que, acaba por esvaziar os possíveis desejos do sujeito, ou melhor, sua única maneira de ser livre. É importante ressaltar o quanto isso se reflete na clínica: ao ler/escutar uma narrativa em análise, a atenção deve estar entre o dito e o não dito. Em outros termos, deve-se, também, valorizar o silêncio e questionar seriamente a nossa técnica quando supomos compreender tudo o que o analisando tem a nos dizer.

Cristalização do Outro: Prazer, Prozac!

Ao reconsiderar os “dados sobre sintomas” existentes na pesquisa realizada, vemos que o mais comum entre os pacientes é a alteração do sono. Em seguida, percebe-se a ansiedade e posteriormente, as alucinações visuais e auditivas. Acredito que tanto o primeiro, como o segundo, também não diferenciaria os pacientes da população em geral, caso fosse entrevistada. Atualmente, a angústia, a tristeza e o luto tornaram-se formas de depressões. As preocupações são conhecidas como distúrbios de ansiedade e, conseqüentemente, de sono. Nem as crianças escapam de tal realidade: seus próprios devaneios (fundamentais para

seu desenvolvimento psíquico), na maioria das vezes, são também considerados como patologias e nomeados como “distúrbio de déficit de atenção (DDA)”.

Fingermann (2005) ao discorrer sobre a contemporaneidade ressalta a íntima relação do capitalismo com a ciência e a consequência visível através das novas patologias criadas que justificam a, concomitante, criação de novas medicações. Além de garantir o funcionamento dos laboratórios, a questão vai além e associa-se ao que considerávamos fundamental para o desenvolvimento subjetivo. Noutros termos, o sujeito atual, desamparado de um Outro, reconhece um lugar, ou melhor, um nome, em seu próprio sintoma. Sua patologia o acolhe e o nomeia. Ser “deprimido” é ser, digamos, “alguém” na atualidade. Diferente de ter de se confrontar com seu despedaçamento, o sujeito se reconhece inteiro, mesmo que adoecido. “Pela depressão o sujeito se faz um ser” (MAURO, 2005, p. 123).

É justamente este o ponto que nos interessa. Ou seja, mais do que questionar a estrutura social, visamos chegar aos efeitos de tal estrutura no homem que a habita. Assim, o que pretendemos focar é a segunda parte do pensamento destacado, acima, de Kehl (2009): estamos diante do apagamento das diferenças! Se o sujeito não mais aparece em sua divisão e acaba sendo assujeitado ao que vem do Outro da ciência, podemos inferir sintomas que os fazem em séries. Ao se deixar representar pelo nome que vem do Outro, indivíduos passam a se reconhecer e a se identificar com seus próprios sintomas. Enfim, parece-nos que há um desaparecimento do sujeito na contemporaneidade.

Destacamos a influência do profissional de saúde para tal contexto social. Alguns alegam que não há maldade no movimento descrito ao ocupar o lugar daquele que sabe e nomeia o sujeito adoecido. Comentário que nos remete a maior forma de inocentamento dada ao exército alemão durante a segunda guerra mundial ao alegar, de maneira bastante cristã, que eles não sabiam o que faziam. Ao escrever sobre o Século XX, Badiou (2007) ressalta:

Qual era o pensamento dos nazistas? Que pensavam os nazistas? Existe uma maneira de voltar sempre pesadamente ao que os nazistas fizeram (procuraram exterminar os judeus da Europa nas câmaras de gás) que impede totalmente qualquer acesso ao que eles pensavam ou imaginavam que pensavam ao fazer isso. Pois bem, não pensar o que pensavam os nazistas impede igualmente de pensar o que faziam e, por via de consequência, impossibilita qualquer política

real de banimento disso. Quando se diz, sem bem ponderar, que o que fizeram os nazistas (o extermínio) é da ordem do impensável, ou do intratável, esquece-se um ponto capital que: os nazistas pensaram e trataram isso com o maior zelo, com a maior determinação. (p.14)

Obviamente considerando a diferença em tal comparação, a situação descrita ecoa no que vemos na maioria das instituições psiquiátricas no momento em que qualquer modalidade de mal é inocentada através de uma suposta ignorância. No caso do profissional de saúde mental, há uma relutância em mudar seu discurso não só pelo lugar que ocupa para o doente (como Outro). Mas também, porque ao ocupar este lugar o sujeito se abstém de, conseqüentemente, lidar com a sua própria divisão. Noutros termos, enquanto o tema não for devidamente questionado sob um olhar crítico, ninguém irá se apropriar de sua parcela sintomática no desencadear do mal. Mal aqui concebido como favorecimento ao desaparecimento do sujeito do desejo e do inconsciente.

Qual possibilidade, então, sobraria para tratarmos essas pessoas inseridas neste frágil laço social da contemporaneidade? Acreditamos que a psicanálise se apresenta como o melhor discurso para compreender este fenômeno.

Psicanálise: Outro discurso

Lacan (1964/1995), ao retomar os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, ensina-nos um pouco mais sobre a clínica. Ressalta que devemos, diferente de buscar uma compreensão, valorizar aquilo que manca na fala do analisando. Podendo, inclusive, romper com o sentido.

Sendo o inconsciente estruturado como uma linguagem, temos um sujeito inserido num jogo significante. Nesse jogo, o tropeço ganha um papel especial. No sonho, no chiste, no ato falho ou em qualquer outra manifestação do inconsciente, está presente alguma dessimetria, alguma coisa que aparentemente não faz sentido. Freud (1901/1996) vai nessa direção para saber um pouco mais sobre os “tropeços”, ou melhor, sobre o que nos faz tropeçar em nossa vida cotidiana. Lacan (1964/1995) nos lembra de que o que se pode construir através de um tropeço tem uma dimensão de surpresa. De um achado que podemos nomear com um efeito de sujeito! Enfim, diante do sujeito angustiado que aparece através daquilo que “manca” em seu próprio discurso, o objetivo do analista

seria o de esvaziar as falas referentes ao “sinto mal” e assim, tentar reduzia seu discurso a pura perda, ou melhor, à perda fundamental e constituinte do sujeito.

O convite psicanalítico é justamente dar espaço para o despedaçamento que permite, como consequência, dar voz aos restos de singularidade do sujeito. Diferentemente do discurso psicológico, o objetivo é tocar naquilo que Freud nomeia como “umbigo do sonho”, ou melhor, ponto insondável presente em qualquer relato onírico. Daríamos a tal termo uma forma mais abrangente para assim pensarmos no umbigo de qualquer relato, no umbigo como falta presente em qualquer sujeito.

Ressaltamos a diferença ao discurso predominante da psicologia, pois, como nos lembra Lacan (1964/1995), este visaria uma possível sutura desta hi-ância, uma tentativa de dar forma ao sujeito e não de valorizar a sua ausência de forma, de contorno.

É somente mediante o encontro com a falta e com o desamparo que estes pacientes, não só presentes nas instituições de saúde mental, mas também em qualquer consultório psicanalítico podem se impacientar e, quem sabe, se descolar da alienação com o nome adoecido que o reconhece como sujeito. Ao constatar tal encontro, vislumbramos também o aparecimento do sujeito do desejo (pois só há desejo onde há falta) e de um convite para que estes desejos possam começar a serem nomeados e reconhecidos como tais; para permitir a construção de um discurso particular em prol da antiga fala universal que “poupa” tanto o que escuta como também, aquele que a pronuncia.

Atualmente, não é de se estranhar ouvir uma pessoa que se apresente através do nome da medicação que toma. E, infelizmente, não é de se estranhar que aquele que a escuta não consiga saber mais deste sujeito do que o que está escrito na bula do remédio escolhido.

Referência bibliográfica:

BADIOU, A. *O Século*. São Paulo: Idéias& Letras, 2007.

BARTHES, R. *Mitologias*. Lisboa/ Portugal: Edições 70 Lda, 2007

SOLER, C. *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

ELIAS, N. *Sobre o Tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

FINGERMANN, D & DIAS, M. M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FREUD, S. (1893 - 1895) *Estudos sobre a histeria*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. vol. II, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1901) “*Sobre psicopatologia da vida cotidiana*”. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. vol. VI, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1919) “*O Estranho*”. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. vol. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1921) “*Psicologia de Grupo e Análise do Ego*”. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. vol. XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1929) “*O mal-estar na civilização*”. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HANNS, L. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KEHL, M.R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

LACAN, J. *O Seminário. Livro 10. A Angústia (1962 – 1963)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *O Seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. *O Seminário. Livro 20. Mais, Ainda (1972 – 1973)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

REFLEXÕES ACERCA DO CORPO, DA SAUDADE... E DE OUTRAS AUSÊNCIAS

Heitor Pereira Silva

E por falar em saudade onde anda você
Onde andam seus olhos que a gente não vê
Onde anda esse corpo
Que me deixou louco de tanto prazer.
Vinicius de Moraes e Hermano Silva¹

Este trabalho parte de uma pesquisa realizada no Distrito Federal com o objetivo de traçar o perfil do público manicomial, a partir de uma discussão a respeito de raça e gênero. O objetivo do presente trabalho é escrever acerca desse tema em função de algumas relações vislumbradas com a filosofia. Como proposta inicial, pus-me a refletir, escrever, pensar acerca de um ou mais entrelaçamentos, entrecruzamentos, entre alguns elementos dos conceitos de “pessoa”, “saúde mental”, “sintomas”, “corpo”, “sentimentos”, “tratamentos”. Os alinhamentos temáticos e conceituais, bem como a diversidade de possibilidades teóricas foram se multiplicando, de modo que esse trabalho tornou-se, felizmente, um recorte, quiçá bem sucedido.

Os versos que abrem esse ensaio, de Vinicius de Moraes, eclodiam instantaneamente sempre que estava ocupado desse trabalho, de modo que se tornou inevitável trazê-los junto e, caminhando paralelamente, ligar duas coisas: a incrível presença pela lembrança, no corpo, de tantas pessoas ou situações ausentes, e a escrita acerca de pessoas migrantes, doentes. Então, aquela se tornou uma possibilidade real de decodificação desta. Até onde for possível.

Nesse sentido, de início, pode-se colocar algumas questões que visam contornar os problemas e o tema desse trabalho. Como é sentir saudade? O quanto desestabiliza emocionalmente permanecer distante da família, do companheiro,

¹ CHEDIAK, Almir. *Songbook Vinicius de Moraes Vols II*. Rio de Janeiro: Lumiar, 1993.

dos filhos, dos amigos? O que é a saudade? A saudade é um incorporeal (se materializa no corpo sem precisar dele)? Falar da saudade é falar de uma ausência? A saudade parece-se com uma ausência, mas uma ausência qualificada como presença, pois é compromisso, sem ele, ela não poderia haver – saudade é presença de um compromisso, presença de algum vínculo. Há saudade para quem não ama, ainda que no sentido comum do termo? Para quem não está enredado de sentimentos bons? Quais são as condições nas quais a saudade acontece e permanece? Aparentemente, as condições nas quais a saudade aparece e permanece, são as condições que mantêm uma relação na ausência de um dos dois: a bem-querência, a necessidade do corpo, ou o seu desejo. Viver na saudade é dizer não ao corpo, a seus impulsos, desejos, necessidades? A saudade é um direito? Se a saudade é um direito, então as condições que a provocam deveriam ser asseguradas igualmente a todos aqueles que a reconhecem como direito. E mesmo os outros, cuja consciência foi tão vilipendiada a ponto de não reconhecerem-se como sujeito de tal sentimento. Mas, se ela – a saudade – não é um direito, e sim um luxo, então, por uma repartição mais equânime de bens, nenhuma circunstância de vida poderia roubar de cada um o poder de senti-la? A saudade é uma potência, um poder do indivíduo, e dessa forma, se torna, também, habitação de relações de poder. No seu interior, alojam-se sentimentos, atitudes, expectativas, pessoal e socialmente articuladas, planejadas. As questões a esse respeito vão se desenrolando, e uma vai se articulando a outra, num carretel cujo fim, não se nos avizinha. A essas, outras poderiam se somar, mas vamos nos ater a essas primeiras, por enquanto, com uma dupla esperança: que sejam boas questões, e que se multipliquem pelo texto, sugerindo novas leituras e outras pesquisas.

Para tratar dessas questões, pareceu-me apropriado evitar uma perspectiva metafísica e tentar discutir os conceitos acima indicados em termos de circunstâncias, situações, condições. Talvez fosse mais produtivo. Entretanto, evitar gratuitamente a metafísica sem demonstrar seus limites para tratar das questões propostas é pouco produtivo filosoficamente. E, de alguma forma, desonesto. Então, oportunamente, serão consideradas algumas perspectivas de fundamentação que ultrapassem os limites do pensamento metafísico, sobretudo ao final, quanto se tecerá algumas considerações acerca da idéia de um perfil.

A maior esperança é que esse trabalho não se caracterize como uma procura de definições que esgotem os temas tratados, mas que abra algumas pos-

sibilidades para boas reflexões. Por esse motivo, adotou-se aqui uma concepção de filosofia como criação de conceitos e espera-se, com ela, transcender a perspectiva estritamente metafísica. Mas, o que é um conceito? Deleuze e Guattari (2000) afirmam que não há conceito simples, “todo conceito tem componentes e se define por eles (...) é uma multiplicidade, embora nem toda multiplicidade seja conceitual” (id. p.27) e, mais adiante, expõem que todo conceito é irregular, conforme seus próprios componentes. Mesmo o primoroso texto desses autores não apresenta uma definição acabada do que seria um conceito, e provavelmente o risco de engessar possibilidades não vale tal definição. O que eles fazem é tomar um conceito e relacioná-lo a seus componentes. Entre as características do conceito, apontam que: um conceito tem uma história, mesmo que não seja linear, desdobrando-se em zigue-zagues. A história de um conceito pode tanto mostrar o quanto ele cruza outros conceitos, ligados a outros problemas, quanto mostrar uma mesma perspectiva articulada em variados momentos para este mesmo conceito. Todo conceito tem um devir, um porvir, possibilitado pelos entrelaçamentos de um conceito a outros, pelo condensamento e coincidência dos seus componentes. O conceito não se confunde com as coisas sobre as quais se efetua, é um incorporeal, dizem Deleuze e Guattari que:

o conceito é um incorporeal, embora se encarne ou se efetue nos corpos. Mas, justamente, não se confunde com o estado de coisas no qual se efetua. Não tem coordenadas espaço-temporais, mas apenas ordenadas intensivas. Não tem energia, mas somente intensidades (...). O conceito diz o acontecimento, não a essência da coisa. É um acontecimento puro, uma hecceidade, uma entidade. (...) O conceito define-se pela inseparabilidade de um número finito de componentes heterogêneos percorridos por um ponto em sobrevoo absoluto, à velocidade infinita. (...) O conceito é, portanto, ao mesmo tempo absoluto e relativo: relativo a seus próprios componentes, aos outros conceitos, ao plano a partir do qual se delimita, ao problemas que se supõe resolver, mas absoluto pela condensação que opera, pelo lugar que ocupa sobre o plano, pelas condições que impõe ao problema. (ibid. p.33-34).

Pelo exposto, pensar conceitualmente é, ou definir algo entendendo a transitoriedade desta mesma definição, ou tecer relações, aproximações, cone-

xões e caminhos abertos para pensar um determinado objeto. Uma ideia central na reflexão desses dois autores é que nenhum conceito pode ser discutido sem um problema que lhe empreste sentido. Pode-se inferir, do que expõem Deleuze e Guattari (2000), que um conceito é posterior a alguma coisa, ele precisa de uma realidade a ser pensada. Não se pode criar conceitos a partir de coisa alguma ou problema nenhum, apesar do próprio nada poder ser de alguma maneira conceitualizado. Os conceitos podem ser criados a partir de problemas novos, ou de problemas mal colocados (id. p.27).

O incorporal conceito para tratar do corpo próprio. E dos frutos da ausência do corpo. E de uma (in)corporalidade circunstancial, porém duradoura. E intensa. Desses temas também tratam Deleuze e Guattari (2000).

Conceitos, problemas, conexões, acontecimentos. Expressões como essas alinham-se em uma perspectiva filosófica que permite ao pensamento um sobrevoo sobre questões capazes de articular formas diferentes de saber. Questões estas capazes de aliar o arsenal filosófico a disciplinas das áreas sociais ou humanas. E nessas conexões e cruzamentos pode-se questionar a saudade, conceito e plano desse texto.

A saudade é uma expressão típica da língua portuguesa, aqui problematizada a partir de dados de uma pesquisa realizada para traçar o perfil de uma população manicomial no Distrito Federal.

É crível que haja uma relação diretamente proporcional entre a o corpo próprio e a ausência da presença do outro que divide, alimenta, multiplica as possibilidades de si enquanto corpo. A desestabilização emocional decorrente de uma ausência se expressa na expropriação do corpo, um sentimento de abandono de si a si mesmo, abandono que não opera positivamente, não promove um encontro de si consigo mesmo, mas um sentimento de perda parcial, que se torna plena quando o reencontro com o outro não acontece. O outro a ser reencontrado perdeu-se e não se encontra mais ninguém, nem a si, nem ao outro, objeto da saudade.

Como já foi afirmado no início desse texto, a pesquisa da qual parte esse artigo foi realizada no Distrito Federal. O seu objetivo é traçar o perfil racial e de gênero da população manicomial do DF. Os dados dessa pesquisa mostram eloquentemente o caráter migratório na composição desse mesmo perfil. Na referida pesquisa, das cento e quarenta e quatro pessoas cujos prontuários puderam

oferecer dados confiáveis, quarenta e dois, portanto 30.55% são do Centro-Oeste, e são atendidos no HSPV (Hospital São Vicente de Paulo, sediado no Distrito Federal), isso significa que 69,45% dos atendidos são de pessoas vindas de outras regiões, migrantes. O quadro descrito é grave, primeiro o afastamento do ente amado, escolhido, sai o marido/esposa, companheiro/companheira, filho/filha, pai/mãe, e durante um tempo a família amarga com a distância, após isso, e quase sempre acontece, a família desloca-se, e a reunião de todos os seus membros, quando ocorre, é parcial e, quase nunca, total. Mas, uma coisa é certa, jamais como antes. Dessa situação algumas considerações podem ser feitas a respeito de três conceitos: encontro, corpo, família.

Encontro

Badiou (1997), filósofo, romancista e dramaturgo marroquino, escreveu um pequeno texto sobre Gilles Deleuze. Ele abre seu livro com um ensaio chamado “*Tão longe, tão perto*”, em que descreve seu desencontro com Deleuze. Mais que lugares e tempos diferentes, ambos viveram numa França marcada por conflitos acadêmicos e políticos de vários matizes, atravessaram “juntos” uma guerra mundial, ocorrida maciçamente em terreno europeu. Ambos foram professores universitários, na mesma instituição, e não se encontraram. Badiou afirma, ainda, ter se correspondido por cartas com Deleuze, e mesmo assim, não se encontraram. Ele afirma “... eu não encontrei Deleuze. Nem jantar fora, nem visita em casa, nem um drinque, nem uma conversa durante a caminhada. Nem então, nem depois, até que ele morreu, infelizmente.” (BADIOU, 1997. p. 11). Se duas pessoas dividem um mesmo tempo, mesmos espaços, e ainda assim, não se pode afirmar que ali houve um encontro, então encontro é bem mais que presença física, é bem mais que troca de palavras, de textos. E isso obriga a colocar a questão acerca do que é um encontro.

Aqui é necessário, então, discutir uma ideia do encontro. No sentido comum do termo, encontro é construção de afinidades, ou melhor, detecção de interesses comuns, projetos, mas de uma forma natural, espontânea. Na história da filosofia isso aconteceu bastante, Deleuze e Guatari, Marx e Engels, Adorno e Horkheimer, e vários outros que não chegaram a publicar juntos. Existe um aspecto curioso nas falas comuns sobre o encontro. O que significam expressões como ‘encontrar-se com alguém...’, ‘encontro-me com alguém...’? O *se* e o

me podem significar que eu estou com outro, localizado em outro, que estou fora de mim. E se não estivesse fora de mim, jamais poderia me encontrar comigo no outro. Onde está o eu? Não apenas onde está o eu, mas como se pode defini-lo? Desde os tempos iniciais no pensamento filosófico ocidental, que o eu é problematizado, Sócrates colocou a seguinte questão a esse respeito: conhece-te a ti mesmo. E, de fato, parece que quaisquer outras questões remetem a essa. Conhecimento, política, história, cultura são espaços, dimensões, onde o eu aparece pensado, problematizado, inspecionado. Ou Sócrates colocou uma pergunta que na realidade era a primeira, e talvez a mais importante a ser colocada, ou estamos viciados nela, dependentes dela. Ou as duas coisas. Mas se somos dependentes, não será por opção, e sim por que as condições em que a respondemos modificam-se, exigindo novas respostas continuamente. De qualquer forma, para discutir o que é um encontro, é preciso pensar minimamente o eu, suas condições, dimensões, circunstâncias, e se pode haver um eu anteriormente a qualquer encontro.

Kierkegaard (1979) articula três dimensões para pensar o eu. Ele começa dizendo que

O homem é espírito. Mas o que é espírito? É o eu. Mas, necessariamente, o eu? O eu é uma relação, que não se estabelece com qualquer coisa de alheio a si, mas consigo própria. Mais e melhor do que a relação propriamente dita, ele consiste no orientar-se dessa relação para a própria interioridade. O eu não é a relação em si, mas sim o eu voltar-se sobre si própria, o conhecimento que ela tem de si própria depois de estabelecida (p. 318).

Nessa e em várias outras passagens ele afirma que o eu deve ser compreendido no espectro de uma relação, não apenas uma relação entre termos aparentemente confrontáveis, como tempo e eternidade, infinito e finitude, liberdade e necessidade. O eu, portanto, é uma síntese, e isso traz para essas discussões a importância do outro, empiricamente presente, na estruturação e organização de si mesmo. Se o eu é uma síntese, como afirmava Kierkegaard, então cada um é resultado não apenas do processo de relação estabelecido com os outros, mas também um produto do seu próprio pensamento, responsável por essa síntese. E aqui aparece um terceiro na relação, a saber, ela própria: *“Numa relação de dois termos, a própria relação entra como um terceiro, como unidade negativa, e cada*

um daqueles termos serelaciona com a relação, tendo cada um existência separada no seurelacionar-se com a relação” (Kierkegaard, 1979 p. 318). Ora, se cada um se relaciona com a relação, então toda e qualquer dimensão do eu é um depósito de toda a relação, logo afeta-se com as alterações, propriedades, circunstâncias do outro polo. Sinteticamente, Kierkegaard infere dessa relação que se pensa a si própria as dimensões do eu, diz ele que o eu é: (a) *uma síntese de opostos polares* – “de infinito e de finito, de temporal e de eterno, de liberdade e de necessidade”; (b) *auto-relacionável* – “uma relação que se orienta sobre si própria”; e (c) em última instância *dependente* de Deus – “uma relação desse modo derivada ou estabelecida... é uma relação que não é apenas consigo própria, mas com outrem” (id. p.319).

O eu já é encontro. Essa é a principal razão por fazer a escolha por Kierkegaard. Talvez ele – o eu – seja até o paradigma desse encontro, ou pelo menos do encontro que se procura investigar a partir dos dados da pesquisa, uma vez que sendo encontro (e síntese), é instável, sujeito a angústia, indecisão, doença, morte, desespero.

Um encontro não acontece abstratamente, ele é localizado, situado geopoliticamente. Sobretudo em um país como o nosso, marcado pela vinda de povos d’além mar: negros e europeus. São corpos que atravessaram o oceano para conquistar, habitar, ou para sofrerem com a escravidão. Há também aqui a presença de povos de outras regiões das Américas. Nas cidades brasileiras é característico a convivência de pessoas vindas de lugares diferentes do país, com cultura, língua, costumes, valores distintos. Por tudo isso, pode-se afirmar que o Brasil é o país do encontro. O que não impede, na realidade até remete, aos versos do saudoso Luiz Gonzaga, gravados com a companhia do filho Gonzaguinha, em 1981,

Minha vida é andar por esse país, para ver se um dia descanso feliz, guardando as recordações, das terras onde passei, andando pelos sertões, dos amigos que lá deixei, (...) chuva e sol, poeira e carvão, mostro um sorriso, mostro alegria, mas eu mesmo não, e a saudade o coração (Luiz Gonzaga e Gonzaguinha, EMI-Odeon, 1981)

Se a viagem, a migração, a aventura, são componentes da vida do povo brasileiro, na sua maioria, então se pode falar que a saudade é sua acompanhante, constante. Como foi citado acima nos versos de Luís Gonzaga. O dicionário Houaiss da língua portuguesa define o verbete saudade como um “sentimento

melancólico devido ao afastamento de uma pessoa, uma coisa ou um lugar, ou à ausência de experiências prazerosas já vividas”. Na internet (google.com, por exemplo), encontram-se várias acepções do termo, entre elas uma consagrada pelo Wikipédia define como sentimento de perda, distância, também afirma-se que é uma das palavras mais presentes na poesia e na música popular. A palavra vem do latim “*solitas, solitatis*” (solidão), na forma arcaica de “*soedade, soidade e suidade*” e sob influência de “*saúde*” e “*saudar*”. É proposto nesse domínio (Wikipédia) que a origem da palavra está associada às navegações portuguesas e ao sentimento de melancolia que dominava aqueles que permaneciam em terra. Mas esta é uma palavra de difícil tradução, em geral ela aparece em outras línguas latinas como *nostalgia, nostalgie*. É o corpo que carrega a saudade. Entretanto, é cabível uma pergunta ainda: o que é o corpo?

O corpo

Uma máquina? Uma prisão para a alma? Objeto de consumo? Uma ideia? E, acredito que todas elas remeteriam a uma única e primeira: O que será o corpo? Tanto histórica quanto filosoficamente o corpo foi amplamente percebido, conceituado, provado, como em Descartes, por exemplo. Mas a pergunta foi sempre redimensionada, reposicionada, re-intensificada. Autores como Nietzsche e Deleuze, por exemplo, tornaram a reflexão acerca do corpo próprio uma das mais significativas na filosofia contemporânea. Deleuze o define como uma multiplicidade de forças, conforme seu testemunho em um escrito sobre o pensamento de Nietzsche:

O que é o corpo? Nós não o definimos dizendo que é um campo de forças, um meio provedor disputado por uma pluralidade de forças. Com efeito, não há ‘meio’, não há campo de forças ou de batalha. Não há quantidade de realidade, toda realidade já é quantidade de força. Nada mais do que quantidades de força ‘em relação de tensão’ umas com as outras. Toda força está em relação com outras, quer para obedecer, quer para comandar. O que define um corpo é esta relação entre forças dominantes e forças dominadas. Toda relação de forças constitui um corpo: químico, biológico, social, político. Duas forças quaisquer, sendo desiguais, constituem um corpo desde que entrem em relação; por isso o corpo é sempre o fruto do acaso, no sentido nietzscheano, e aparece como a coisa mais ‘surpreendente’,

muito mais surpreendente na verdade do que a consciência e o espírito. Mas o acaso, relação da força com a força, é também a essência da força; não se perguntará então como nasce um corpo vivo, posto que todo corpo é vivo como produto 'arbitrário' das forças que o compõem. O corpo é fenômeno múltiplo, sendo composto por uma pluralidade de forças irreduzíveis; sua unidade é a de um fenômeno múltiplo, 'unidade de dominação. (DELEUZE, 1976, p. 32)

Por aquilo que expõe Deleuze, o corpo não é um lugar de relações, mas a própria relação de forças, o corpo é concebido como produto dessas forças arbitrárias que o compõem. E que forças seriam essas?

Em um corpo, as forças superiores ou dominantes são ditas ativas, as forças inferiores ou dominadas são ditas reativas. Ativo e reativo são precisamente as qualidades originais que exprimem a relação da força com a força. As forças que entram em relação não têm uma quantidade sem que, ao mesmo tempo, cada uma tenha a qualidade que corresponde à sua diferença de quantidade como tal. Chamar-se-á de hierarquia esta diferença das forças qualificadas conforme sua quantidade: forças ativas e reativas" (idem, p. 32-3).

Forças reativas e ativas, delas se compõe o corpo. E o que define se é uma ou outra, é a relação mantida entre elas. A incursão de Deleuze pelo pensamento nietzschiano é notória, atravessa a discussão que Nietzsche faz acerca da vontade de potencia, que encontra afirmação, inclusive, na ideia de vontade de nada, ou niilismo. E como vontade do nada, incide no corpo, demarca-o, o compõe. Sem dúvida as discussões de Deleuze podem inspirar uma série de reflexões acerca do corpo, mas os elementos necessários para esse trabalho foram aqui indicados. Traduzindo-os em perguntas: Como fica o corpo quando as forças que o definem caracterizam-se pela reatividade (negatividade) ou afirmação da vontade de nada? E como a vontade do nada que também é vontade de potencia, pode impactar a consciência, o sentimento de si?

Obviamente que a pesquisa sobre o perfil do público manicomial no Distrito Federal, da qual parte esse texto não tem elementos suficientes para responder definitivamente essas questões. Mas algumas indicações podem ser apresentadas. Em resposta à primeira pergunta, pode-se afirmar que o corpo fica doente. Mas não é apenas um processo de somatização, isso porque perde-se a nitidez

entre o psíquico e o físico. Partindo dessa abordagem não é realmente simples dizer o que é exatamente do corpo e o que é da mente. E quanto à segunda pergunta, a consciência impactada pode produzir uma nova compreensão da relação corpo-mente, e perceber-se nessa relação como capaz de superação. Afinal a vontade do nada, o niilismo, é expressão de uma insatisfação, mas também é o exercício de pensamento que se questiona na sua capacidade de encontrar suas próprias soluções, ela termina por ser algo produtivo.

Família

O paradigma familiar mudou. Para compreender o sentido de uma família não é mais permitido agarrar-se a modelos tradicionais e a definições de papéis rígidos. Essa é uma posição que se pode encontrar em Aries (1981), por exemplo. Os fatos da migração, imigração e morte na família, podem rearranjar economicamente a família, redistribuir funções e responsabilidades, atribuir direitos e deveres de forma não convencional. E o impacto dessas mudanças para a mulher pode ser altamente traumático, como ilustra o fragmento abaixo de Vavy Pacheco Borges (2002):

Como seus irmãos, Eugénie foi batizada protestante (religião de seu pai), mas durante sua vida foi uma fervorosa católica praticante (religião de sua mãe). Casou-se aos 23 anos com o francês – emigrado como seu pai e também como ele com loja na rua do Ouvidor – Gustave Léon Masset; ele viera de uma família francesa de Annecy, na Alta Savóia, para assumir uma loja de modas de outros Massets que andaram pelo Rio. Os negócios deram certo por um tempo, mas acabaram mal, assim como a saúde de Gustave. Eugénie ficou viúva aos 34 anos e com sete filhos para criar, dos 12 aos 2 anos. À procura de uma solução para a difícil situação financeira, que o casal já enfrentava antes da morte do marido, encontrou aquela adotada por algumas mulheres de seu grupo social quando precisavam de dinheiro: dedicou-se ao ensino privado. À frente do Colégio Masset, quatro anos depois de sua abertura ela registra no diário que o estabelecimento ia “bastante bem”. No final da vida, orgulhava-se de seu desempenho na tarefa do bom encaminhamento na vida profissional dos dois filhos homens e de ter casado bem todas suas cinco filhas e ainda, segundo ela, “sem dote”!

Borges (2002) vê no caso de Eugene Leuzinger um caso de superação. Entretanto, essa superação se deu em função de árduo trabalho, à frente de uma pequena escola, e do registro cotidiano de suas frustrações, sentimentos, expectativas. Esse registro ocorria em um diário, que foi visto como manifestação de cura e da doença que acometeu Eugene após a morte do esposo. Sua escrita geralmente era motivada por solidão, angústia, saudade ou tudo isso misturado. Nos fragmentos analisados por Vavy há manifestações de revolta contra a condição de ser “apenas uma mulher”, contra Deus, por ter-lhe tirado a saúde, o amor (marido), o bem-estar. Afirma ela (Eugene) que “...infelizmente a vida é triste! E muda com o tempo, os corações, as afeições, as alegrias e as tristezas. Sobram somente a amargura, a indiferença ou uma dor silenciosa e surda que nos leva docemente ao túmulo. Isto é a vida! E ninguém sai dela com um sorriso nos lábios!” (BORGES, 2002, p. 05). O que se conhece com a história de Eugene é a história de mais uma mulher, filha de migrantes, a assumir as funções de provedora material da família, em um ambiente de hostilidade, que não reconhece a dignidade e a dificuldade de ser mulher. Eugene era doente, e seu diário, era ao mesmo tempo um sintoma de sua doença, e sua cura. Mas e as outras milhares de mulheres jogadas em situações semelhantes, sem uma família onde tenha se educado para as letras, e para o trabalho fora do lar?

Conforme dados da pesquisa anteriormente aludida sobre a Saúde Mental no Distrito Federal, em todas referências estatísticas onde os dados são agrupados por gênero, há uma incidência maior de pessoas do sexo feminino. Como exemplos, a tabela 47, 48 e 49, logo a seguir.

Tabela 47: Número de paciente com sintoma de alteração do sono por sexo

Sexo	Ausente	Presente	Total
Feminino	86	78	164
Masculino	44	20	64
Total	130	98	228

O total geral diferenciar-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

Em termos percentuais, na variável ‘feminino’, o sintoma de alteração de sono aparece em 34,21% do total, considerando apenas as informações válidas para ambas as variáveis, enquanto que entre os homens, esse número está sequer chega a 10%.

Tabela 48: Número de pacientes com sintoma de ansiedade por sexo

Sexo	Ausente	Presente	Total
Feminino	110	51	161
Masculino	56	8	64
Total	166	62	228

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

A ansiedade também é mais presente no universo feminino. Os dados acima indicam que 23,68% das mulheres, contra 3,50% dos homens, apresenta esse sintoma.

Tabela 49: Número de pacientes com sintoma de alucinações por sexo

Sexo	Ausente	Presente	Total
Feminino	132	32	164
Masculino	39	25	64
Total	171	57	228

O total geral diferencia-se de 239 por contabilizar somente as observações com informação válida para ambas as variáveis.

Nessa tabela os números aparecem mais equilibrados, mas ainda é predominantemente feminina a incidência de sintomas de alucinações.

A diferença é ainda mais visível quando os dados são organizados por cor e sexo. Isso serve para colocar questões importantes quanto à condução da vida familiar; à carga emocional, social e financeira que as mulheres sustentam, muitas vezes sozinhas; à hostilidade no ambiente no qual a família está inserida. E isso sem tocar diretamente no problema das mulheres cuidadoras². Para agravar a situação, a pesquisa mostra que a maioria das mulheres atendidas no HSVP possui o nível fundamental completo ou incompleto; três mulheres, de todo o universo pesquisado possui o ensino superior possivelmente completo; e, uma mulher possui o ensino superior completo. Disso se infere que, provavelmente, há poucos hábitos de leitura e de escrita, o que não era o caso de Eugene, retra-

² Alda Martins Gonçalves e Roseni Rosângela de Sena, professoras da escola de Enfermagem da UFMG, abordam as dificuldades da vida familiar e, especificamente, da mulher que cuida dos doentes mentais em casa. As pesquisadoras identificaram por meio da análise dos discursos que as cuidadoras acreditam em uma possível cura, mas não escondem seu sofrimento, melancolia, tensões e desânimo, que se agravam quando o quadro do doente apresenta autoagressividade e heteroagressividade. O trabalho delas foi publicado na Rev. Lat-americana de Enfermagem, 2001, março; 9(2): 48-55. Disponível em www.eerp.usp.br/rlaenf.

tada por Borges; que não vão criar microempresas lucrativas, até porque o perfil das mulheres pesquisadas mostra uma concentração em atividades domésticas.

Cruzamentos. Conexões. Linhas de fuga

*... E aprendi que se depende sempre
De tanta muita diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que a gente pense estar.*
(Gonzaguinha, *caminhos do coração*, LP/CD EMI-Odeon, 1982)

Abrir essa sessão citando mais um compositor da MPB, pode parecer romântico demais, mas acredito que durante todo o texto margeei o romantismo, o sonho e o protesto. O que me pareceu desde o início a proposta desse trabalho. O que mostra a pesquisa? Que relações se pode estabelecer entre os dados e a proposta filosófica apresentada até aqui? Quais as interfaces entre a saudade e números da pesquisa, sobretudo no que se refere ao universo feminino? E *caminhos do coração*, de Gonzaguinha, como contribui para essa reflexão?

O objetivo do projeto era encontrar elementos para traçar um perfil racial e de gênero da população manicomial do Distrito Federal, por meio de uma investigação e análise, a partir dos prontuários. Sendo que a principal instituição envolvida era o Hospital São Vicente de Paulo. Esse perfil foi encontrado? Contornar esse perfil de uma maneira definitiva é arriscado, apesar de existirem números bastante conclusivos, fartamente indicados nas tabelas (a esse respeito, conferir o relatório da pesquisa). Acredito que nenhum dado é absoluto, mas com os cruzamentos realizados, pode-se falar com segurança que a maioria dos atendidos são mulheres, migrantes, com educação formal básica incompleta, empregos temporários ou subempregos, e também, moradoras da periferia do Distrito Federal. As reuniões do grupo, sempre de muita leitura e análises multidisciplinares dos dados permitem concluir que existem outros públicos que podem ser perfilados nessa pesquisa, mas foi esse o que mais chamou à atenção.

Caminhos do coração não é só a letra de uma música, ela carrega uma ampla carga conceitual. Todos os versos citados na epígrafe desse segmento de texto parecem dialogar com os temas aqui tratados. A perspectiva de interação, integração, responsabilidade podem saltar aos olhos de um observador atento. Os versos quase falam por si sós. Como uma suposta explicação, poder-se-ia afirmar que todos dependem uns dos outros, isso significa, entre tantas coisas, que nenhum de nós, sozinho, se explica, se sente. Se toda pessoa sempre é a marca das lições de outras pessoas, então não só aprendo com o sofrimento que imputo aos outros, como sofro com minha vida servida para que outro aprenda com ela. O outro se torna melhor, e eu destruído. Não se trata apenas de utilizar sua vida para que alguém aprenda, mas sofrer com os que aprendem errando com você. Acredito que versos assim denunciam uma crueldade invisível nas relações interpessoais, crueldade essa que vitimiza muitas mulheres. O poeta é otimista, e ele acredita que em meio a esse trágico, é possível entender e sentir a beleza de perceber-se na companhia de toda a humanidade. A mulher carrega no corpo as marcas da saudade, da solidão, da angústia, da decepção, do desespero. O corpo é carregado nas macas da esperança, o mal derradeiro da caixa de Pandora³.

A poesia é uma conexão, uma maneira muito particular de conectar-se e desconectar-se, a música é outra forma, o diário, como atrás referido por Borges, ao falar de Eugene, também é. A arte e o esporte podem abrir novas perspectivas para o corpo, possíveis conexões do eu consigo mesmo, e isso pode ser significativo como processo de cura. Nietzsche (1997) declara “(...) não nos fatigamos de nos maravilhar com a idéia de que o corpo humano tornou-se possível”, sugerindo que o corpo é arrebatador. Breton (2003) afirma que o “corpo é uma espécie de escrita viva no qual as forças imprimem ‘vibrações’, ressonâncias e cavam ‘caminhos’. O sentido nele se desdobra e nele se perde como num labirinto onde o próprio corpo traça os caminhos”. Nosso entendimento é que prática esportiva

³ Existem várias versões do mito grego de Pandora espalhadas em livros históricos, filosóficos e em sites educativos. Em geral, sua história está relacionada à de Prometeu (o que vê antes ou prudente, providente) suposto criador da humanidade. A história de Prometeu é a história da revolta contra os deuses olímpicos. O que causou vários sofrimentos a Prometeu. Zeus deu-lhe Pandora, uma mulher de argila, seu nome significa (pan = todos, dora = presente), a primeira e mais bela mulher já criada e que foi dada, como estratégia de vingança. Para poupar o irmão, Epimeteu casou-se com Pandora que, ao abrir uma caixa enviada como presente (e que Prometeu tinha alertado para não fazê-lo), espalhou todas as desgraças sobre a humanidade (o trabalho, a velhice, a doença, as pragas, os vícios, a mentira, etc.), restando dentro dela somente a ilusória esperança.

abre algumas perspectivas para se explorar essas dimensões corporais. Ainda faltam pesquisas nesse campo específico, existem afirmações quando ao caráter salutar da prática esportiva, mas não exatamente voltada para o público atendido em instituições para tratamento de saúde mental. Talvez o corpo seja a principal linha de fuga, o principal veículo para lidar com a incidência da ansiedade, angustia, irritabilidade, tristeza, choro, agressividade, depressão, sintomas esses encontrados em maior grau nas mulheres.

Traçar um perfil é posicionar-se no campo de uma afirmação, de uma concepção identitária afirmativa, mas tentando não entrar na perspectiva da identidade tão combatida contemporaneamente por parte significativa dos filósofos, sobretudo franceses, como Gilles Deleuze. Então, é preciso procurar conexões para superar a aparente contradição, embora não dialeticamente, pelo menos não no sentido hegeliano, mas platônico. Embora ambos caminhem para a afirmação do único, ser dialético no sentido platônico é permitir-se pensar no diálogo como produção do novo e movimentação do conceito. Então, traçar o perfil do público manicomial nessa perspectiva é movimentar-se nos elementos que compõem esse mesmo perfil. Não se trata aqui de recusar a perspectiva identitária de um perfil, mas saboreá-la em sua inerente transitoriedade, ou seja, um perfil que não seja exatamente um perfil, mas mais um processo, como defenderia Bauman⁴ (2003), por exemplo. Nesse caso, é inadiável a pergunta 'o que é um perfil?'. Um perfil é uma maneira de ver. Uma forma observada, mas também projetada sob um determinado objeto, visando reconhecer nele algumas propriedades diretamente relacionadas à estruturas comuns a todos os objetos de um grupo, bem como aos interesses daqueles que buscam tais estruturas. Um perfil é uma revelação de interesses. Um desmascaramento. E essa pareceu-me uma boa perspectiva de fundamentação, fora do horizonte aberto pela metafísica. O PADÊ tinha consciência que esse processo estava em andamento, e o desejava. E, sem dúvida, isso é preferível a criar um personagem, com nome e endereço, mas que só o grupo saberia quais seriam. O trabalho com os dados da pesquisa foi uma via de mão-dupla: interesses, questões, preocupações e propostas de ações margeando elementos de pesquisa que indicavam, ainda que pro-

⁴ Zygmunt Bauman, sociólogo polonês, entende que a organização social da vida e do conhecimento atualmente segue uma lógica da liquidificação. As instituições modificam-se mais rápido do que podemos assimilar essas mudanças. A identidade também segue essa lógica líquida. Ela é um processo, não essencialista, construído culturalmente, conforme a percepção que os atores tem de si mesmos na sociedade.

visoriamente, o público manicomial. Nessas reuniões muitas outras pesquisas foram aventadas, outras análises foram sugeridas, outros perfis. Acredito, inclusive, que outras pessoas, com interesses diferentes, mas com os mesmos dados podem construir uma leitura desse público manicomial diferente dessa proposta pelo PADÊ. Tanto melhor.

Referência bibliográfica:

ARIES, Philippe. *História social da família e da criança*. Trad. Dora Flaksan. Rio de Janeiro: LTC Editora S/A, 1981.

BADIOU, Alain. *Deleuze. O clamor do ser*. Trad. Lucy Magalhães. São Paulo: Jorge Zahar Editor, 1997.

BLACKBURN, Simon. *Dicionário Oxford de filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

BAUMAN, Z. *Modernidadelíquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

BORGES, Vavy Pacheco. *Uma mulher e suas emoções: o diário de EugénieLeuzingerMasset (1885-1889)*. Cad. Pagu nº 19 Campinas, 2002. Disp.: <http://www.scielo.br>.

BRETON, David Le. *Adeus ao corpo*. Tradução Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papirus, 2003.

D'ELIA, Helena. *Entre o pai e a saudade*. In: *Psicanálise & Barroco em revista*. v.4, n.2; 136-151. dez. 2006. Disp.: <http://www.psicanaliseebarroco.pro.br>

DELEUZE, Gilles. *Nietzsche e a filosofia*. Trad. Edmundo Fernandes Dias e Ruth Joffily Dias. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976.

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Felix. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000.

KIERKEGAARD, SørenAabye. *Diário de um sedutor; Temor e tremor; O desespero humano*. Tradução Carlos Grifo, Maria José Marinho, Adolfo Casais Monteiro. — São Paulo: Abril Cultural, 1979.

NIETZSCHE, Friedrich. *Fragmentsposthumes*. Paris: Galimard, 1997.

WERLE, Marco Aurélio. *A angustia, a morte e o nada em Martin Heidegger*. Revista Trans/Form/Ação, São Paulo: Marília, 26(1): 97-113, 2003. Disp.: <http://www.scielo.br/pdf/trans>

CENÁRIOS DE SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS DE SEGREGAÇÃO NO DF

Cristiane de Assis Portela¹

Trata-se de hospital público localizado na área especial nº 1, Setor C- Sul, Taguatinga Sul-DF. Os pacientes do hospital-dia, quando do dia da nossa visita, aparentavam estar em boas condições, mas os pacientes das alas de internação (principalmente aqueles situados na Ala II) apresentavam um aspecto que evidenciava descuido da instituição. Muitos dos homens estavam descalços, sujos e ociosos. As mulheres se apresentavam com um aspecto um pouco melhor. Não evidenciamos sinais de maus tratos [...] Não foi constatada qualquer cela forte ou quarto de isolamento. Havia um paciente com contenção física, dormindo. Estava amarrado com panos, pelos pulsos e pelos tornozelos. Segundo informações de uma auxiliar de enfermagem, o paciente havia experimentado um surto psiquiátrico e precisou da contenção. O Diretor solicitou que desamarrassem o paciente, já que o mesmo dormia e não apresentava mais nenhum risco para si ou para outrem. Existe um cartaz grande na entrada da internação que faz referência às reuniões com as famílias: todas as sextas-feiras, às 14:00. De acordo com o Diretor, só houve um óbito em um ano e meio da sua gestão. Esta informação foi confirmada por alguns funcionários quando indagados sobre o assunto. Segundo o Diretor, o paciente que morreu tinha 67 anos e teve uma parada cardio-respiratória. Segundo informações da enfermeira, apenas um paciente estava no hospital cumprindo medida de segurança, mas já tinha recebido

¹ Graduada em História pela Universidade Estadual de Goiás (2003), Mestre em História pela Universidade Federal de Goiás (2006), Doutoranda em História Social pela Universidade de Brasília (UnB). Professora do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) e da Secretaria de Educação do Distrito Federal (SEDF)

*alta. Ainda estava no hospital, entretanto, pois não tinha para onde ir*²(OAB, 2004)

Optei por iniciar este texto com o trecho de um relatório de inspeção feita no Hospital São Vicente de Paula (HSVP) no ano de 2004. A descrição nos possibilita uma aproximação com a instituição de saúde mental que, predominantemente, nos forneceu os dados produzidos no conjunto da pesquisa realizada pelo “Grupo Padê: estudos em filosofia, raça, gênero e direitos humanos” e a partir dos quais, buscamos constituir um perfil manicomial do serviço público de saúde mental no DF. Estamos cientes de que, em todo o Brasil, existem situações muito diversas da acima descrita, tanto realidades mais próximas dos anseios de um tratamento adequado no âmbito da saúde quanto situações trágicas do ponto de vista da desumanização do atendimento. De qualquer maneira, o relato é interessante por desconstruir certos clichês que permeiam nosso imaginário (um retrato consolidado da desumanidade e violência que caracteriza as instituições psiquiátricas e que, de certa maneira nos acostumamos a ver quase ao ponto de naturalizarmos essa como imagem fundante). Imagem esta, que acaba reforçando ainda mais a invisibilidade do tema, em especial porque se trata de pessoas que, desde que mantidas distantes de nosso cotidiano se tornam, também elas, facilmente invisíveis para nós. Aprendemos socialmente que a loucura apresenta distância considerável da sanidade e que, resguardados em nosso lugar de normalidade, os “desviantes” se apresentam longínquos, habitando um universo que parece tão diverso do nosso que não nos incita nenhum tipo de exercício de alteridade.

O texto aqui apresentado, de alguma maneira se propõe a exercitar essa alteridade, desconstruindo uma possível naturalização da loucura como desvio - objetivo que não é inovador, visto que desde Foucault tem sido perseguido à exaustão por diversas correntes interpretativas. A especificidade se apresenta ao

² Este relato consiste em trecho do relatório de inspeção nacional realizada em diversas instituições de saúde mental por iniciativa da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, Conselhos Regionais de Psicologia e Seções da Ordem dos Advogados do Brasil. A inspeção no Distrito Federal foi realizada em apenas uma instituição pelos psicólogos Izanilde M. Oliveira de Souza e Sofia OllaikCardelino, do CRP01; pela Fiscal do CRP-01, Marcela Valente Ribeiro; jornalista Juarez Martins; representante da Ordem dos Advogados do Brasil, DrºJoélson Dias; representante da Subprocuradoria Geral da República, Dra. Ela WieckoVolkmer de Castilho; Deputada Distrital Érika Kokay; assessora da deputada, Maria de Jesus Werneck; psicóloga da Promotoria de Saúde - Prosus, Elisa MidoriOkamura; e pela estagiária de Psicologia, Elisa do Nascimento. A inspeção foi realizada no Hospital São Vicente de Paula, no dia 22 de julho de 2004.

tentar identificar como no DF reforçamos historicamente os estigmas relacionados à loucura, nos acostumando a invisibilizar o tema e com isso legitimar uma política governamental com evidentes contornos de “asepsia social”, que extirpou de suas ações prioritárias a atenção à saúde mental.

Desenvolvo aqui o argumento de que ao relacionarmos saúde mental e o contexto histórico de exclusão no DF, associando estes fenômenos à condição migrante e às questões de gênero (contornos marcantes na análise de dados dos prontuários de atendimento do HSVP), se torna possível complexificar o campo que caracteriza a des-atenção à doença psíquica no serviço público de saúde do DF.

Apontamentos sobre o tema: fontes de pesquisa e recorte temático

Acerca de nossa principal fonte de pesquisa - os prontuários de entrada e/ou internação de pacientes - há que se fazer algumas observações. Geralmente os prontuários são preenchidos pelos médicos residentes que chegam ao hospital. Os funcionários relatam que o preenchimento algumas vezes deixa a desejar já que depende da disponibilidade e interesses mais imediatos destes funcionários que geralmente são recém-chegados. Explicam que, de modo geral, inicialmente há um interesse profundo em ouvir e registrar as histórias daqueles que chegam, entretanto, o ritmo acelerado dos atendimentos e a rotina da instituição, conduz a um abandono do registro detalhado, sendo este direcionado para a simples identificação das patologias, verificação do histórico de internações e medicação, buscando enquadrar os sintomas no CID (Classificação Internacional de Doenças) mais apropriado, e daí partir para o próximo atendimento. A consolidação desse processo limita o acesso a informações pormenorizadas que muito poderiam enriquecer nossa análise, entretanto, optamos por tomar estes dados como indícios de correlação entre a saúde mental e diversos aspectos sócio-históricos que muitas vezes estão negligenciados nos trabalhos acadêmicos. O resultado nos surpreendeu por possibilitar redimensionar aspectos da realidade que aparentemente não guardariam conexão com a saúde mental.

Dentre os diversos aspectos disponíveis, decidi me enveredar pela relação entre a saúde mental, o contexto de surgimento do DF, a migração e o gênero, questões que me foram despertadas pela análise dos prontuários. Há de se observar que o prontuário consiste em um primeiro registro, que é de fundamental importância para o processo subsequente, porém, para além dele, podemos

identificar entre os funcionários a importância dos registros informais construídos ao longo da convivência posterior ao acolhimento. Indo além da relação um tanto impessoal com os médicos, os funcionários de outras especialidades (assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e de outros setores) constroem relações interpessoais com os pacientes durante o convívio cotidiano, o que possibilita que nessas conversas seja revelado muito das trajetórias pessoais e relações estabelecidas entre esses indivíduos, com seus familiares e a sociedade em geral (fator já observado por Jabur, 2008). Assim como para Jabur, essas observações informais também foram relevantes para minha análise, no sentido de reafirmar indícios percebidos nos prontuários.

Considero que para análise aqui apresentada este elemento tem especial relevância na medida em que dados de 2010 indicam que o DF ocupa o segundo lugar entre os estados brasileiros que apresentam os piores índices de atendimento à saúde mental, estando muito aquém das expectativas da reforma psiquiátrica, conforme apontam as tabelas abaixo. Estes dados estão apresentados no informativo “Saúde Mental em Dados” do Ministério da Saúde, publicação preparatória para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em junho deste ano. A tabela 1 indica a proporção entre a oferta de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) proporcionalmente ao número de habitantes por regiões e estados brasileiros, calculando a partir desta o indicador de implantação das redes de atenção à saúde mental, em conformidade com as propostas de reforma psiquiátrica³.

³ Santos (2009: p. 179) avalia que “decorrente da reforma psiquiátrica, que defende práticas inovadoras de assistência extra-hospitalar visando à inclusão do sujeito doente mental no cenário da sociedade, o cenário de oferta de serviços a estes sujeitos tem passado por grandes modificações que, de modo reflexivo, têm contribuído para a construção de um novo olhar sobre o sofrimento mental e sobre seus portadores. A criação dos CAPS- Centro de Atendimento Psicossocial- em todo país reflete essa preocupação com a substituição do modelo de atendimento psiquiátrico centrado no hospício, propondo-se a produzir discursos e práticas inseridos num outro modo de fazer psiquiatria. Enquanto prática inovadora, os CAPS são marcados pela sua singularidade com relação a outras práticas institucionais.”

Tabela 1 - Centros de Atenção Psicossocial por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil - 25 de junho de 2010)

UF	Populações	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAP- Si	CAPSeD	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Norte	15.259.603	39	22	2	3	11	77	0.38
Acre	691.132	0	1	0	0	1	2	0.29
Amapá	626.609	0	0	0	1	2	3	0.48
Amazonas	3.393.369	1	3	1	0	0	5	0.15
Pará	7.431.020	20	11	1	2	5	39	0.40
Rondonônia	1.503.928	10	5	0	0	1	16	0.73
Roraima	421.499	1	0	0	0	1	2	0.36
Tocantins	1.292.051	7	2	0	0	1	10	0.50
Nordeste	53.591.197	334	120	13	34	70	526	0.77
Alagoas	3.156.108	36	6	0	1	2	45	0.86
Bahia	14.637.364	109	30	3	7	14	163	0.75
Ceará	8.547.809	43	27	3	6	17	96	0.89
Maranhão	6.367.138	36	13	1	3	6	59	0.65
Paraíba	3.769.977	36	9	2	7	8	62	1.19
Pernambuco	8.810.256	19	17	1	6	10	53	0.50
Piauí	3.145.235	23	5	0	1	4	33	0.68
Rio Grande do Norte	3.137.541	12	10	0	2	5	29	0.73
Sergipe	2.019.679	20	3	3	1	4	31	1.11
Centro- Oeste	13.895.375	43	24	1	5	15	88	0.48
Distrito Federal	2.606.885	1	2	0	1	2	6	0.21
Goiás	5.926.300	9	14	0	2	4	29	0.41
Mato Grosso	3.001.692	25	2	0	1	5	33	0.68
Mato Grosso do sul	2.360.498	8	5	1	1	4	20	0.70
Sudeste	80.915.332	196	165	27	53	96	510	0.54
Espírito Santo	3.487.199	7	8	0	1	3	19	0.44
Minas Gerais	20.033.665	74	44	8	11	18	155	0.61
Rio de Janeiro	16.010.429	33	38	0	13	16	100	0.52
São Paulo	41.384.039	55	75	19	28	59	236	0.53
Sul	27.719.118	140	75	3	27	50	295	0.82
Paraná	10.686.247	34	26	2	7	20	89	0.68
Rio Grande do Sul	10.914.128	63	36	0	14	22	135	0.95
Santa Catarina	6.118.743	43	13	1	6	8	71	0.82
Brasil	191.480.630	725	406	46	122	242	1541	0.63

Tabela 1

O indicador de 0,21 (apresentado na tabela 1) coloca o Distrito Federal como a segunda pior unidade federativa em oferta de CAPS, ficando distante de estados como PB (1,19), SE (1,11) ou RS (0,95). Há de se destacar que nestes quase dez anos de cobertura dos dados (desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001), houve um crescente avanço dos estados do Nordeste, no que se refere à reforma psiquiátrica. A [tabela 2](#) (abaixo) detalha a implantação destas redes psicossociais, demonstrando por estado, as variantes anuais dos indicadores apresentados na primeira tabela. Estes números indicam que o DF se encontra em uma situação que se agrava até 2008 (com indicadores entre 0,07 e 0,11- na faixa considerada como “cobertura insuficiente/crítica”) e depois de um considerável avanço verificou em 2010 uma leve retração nos índices de atenção à saúde mental.

Tabela 2 - Série Histórica Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF
(Brasil. 2002 - 2010*)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Norte	0.12	0.16	0.19	0.21	0.25	0.29	0.31	0.37	0.38
Acre	0.00	0.17	0.16	0.30	0.29	0.31	0.29	0.29	0.29
Amapá	0.19	0.19	0.36	0.34	0.32	0.34	0.33	0.49	0.48
Amazonas	0.00	0.00	0.00	0.03	0.11	0.11	0.10	0.12	0.15
Pará	0.16	0.21	0.24	0.24	0.27	0.32	0.33	0.40	0.40
Rondonônia	0.14	0.17	0.20	0.36	0.42	0.55	0.67	0.67	0.73
Roraima	0.00	0.28	0.27	0.26	0.25	0.25	0.24	0.24	0.36
Tocantins	0.25	0.28	0.28	0.27	0.26	0.28	0.35	0.51	0.50
Nordeste	0.12	0.18	0.22	0.30	0.50	0.58	0.66	0.73	0.77
Alagoas	0.17	0.21	0.20	0.31	0.69	0.77	0.82	0.82	0.86
Bahia	0.08	0.19	0.23	0.25	0.45	0.52	0.60	0.72	0.75
Ceará	0.25	0.27	0.30	0.35	0.57	0.69	0.79	0.86	0.89
Maranhão	0.04	0.05	0.07	0.23	0.43	0.48	0.59	0.63	0.65
Paraíba	0.06	0.13	0.27	0.36	0.73	0.87	0.99	1.12	1.19
Pernambuco	0.14	0.20	0.24	0.27	0.32	0.36	0.45	0.46	0.50
Piauí	0.03	0.03	0.08	0.22	0.49	0.56	0.58	0.66	0.68
Rio Grande do Norte	0.19	0.23	0.27	0.37	0.56	0.63	0.69	0.71	0.73
Sergipe	0.11	0.32	0.55	0.66	0.75	0.88	0.90	1.03	1.11
Centro- Oeste	0.14	0.19	0.23	0.30	0.34	0.36	0.43	0.46	0.48
Distrito Federal	0.07	0.07	0.07	0.11	0.10	0.10	0.22	0.22	0.21
Goiás	0.10	0.18	0.21	0.24	0.28	0.29	0.38	0.38	0.41
Mato Grosso	0.25	0.32	0.41	0.54	0.60	0.63	0.66	0.69	0.68
Mato Grosso do sul	0.16	0.16	0.20	0.35	0.44	0.49	0.51	0.64	0.70
Sudeste	0.26	0.28	0.32	0.34	0.39	0.44	0.47	0.53	0.54
Espírito Santo	0.17	0.18	0.23	0.28	0.36	0.37	0.39	0.45	0.44

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Minas Gerais	0.26	0.30	0.35	0.38	0.43	0.48	0.51	0.57	0.61
Rio de Janeiro	0.28	0.29	0.33	0.34	0.39	0.45	0.50	0.50	0.52
São Paulo	0.26	0.27	0.30	0.33	0.38	0.41	0.45	0.52	0.53
Sul	0.29	0.32	0.38	0.45	0.58	0.69	0.73	0.90	0.82
Paraná	0.15	0.16	0.21	0.28	0.45	0.60	0.65	0.68	0.68
Rio Grande do Sul	0.39	0.44	0.52	0.56	0.68	0.77	0.80	0.91	0.95
Santa Catarina	0.35	0.35	0.43	0.53	0.60	0.68	0.73	0.80	0.82
Brasil	0.21	0.24	0.29	0.33	0.43	0.50	0.55	0.60	0.63

Tabela 2

Corroborando os dados sobre a expansão da reforma psiquiátrica, o panorama traçado pela vistoria ocorrida em 2004 (a qual me refiro no início do texto) nos ajuda a construir uma leitura qualitativa e ao mesmo tempo nos aponta o que denominarei como “aparente paradoxo”. A visita inspecional ao HSVP ocorre num momento em que o DF apresenta os piores índices de atendimento nos últimos anos (conforme demonstra a tabela 2) e, a despeito destes dados, a vistoria feita no DF impressiona bem a comissão de inspeção por apresentar um dos quadros mais amenos de desatenção à saúde mental, quando comparado às graves situações de desrespeito aos direitos humanos que são observados em outras unidades federativas do país e descritos no relatório. Poderia se argumentar que a amostra qualitativa de uma única instituição (no DF, somente o HSVP foi visitado) pudesse tornar os dados passíveis de distorções, entretanto, há que se considerar a representatividade da instituição para a totalidade distrital, visto que o HSVP respondia neste momento a 80% dos atendimentos no DF. Busquemos na própria interpretação da comissão, possíveis elementos que iluminem a problemática a que me refiro:

Nem todas as unidades visitadas foram descritas como masmorras; nem todas as instituições reproduzem os mesmos métodos de exclusão ou cedem diante das praxes tipicamente manicomiais. Todas elas, não obstante, apresentam carências graves e em todas é possível sentir a forte presença de uma tradição fundada na negação dos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos. (Relatório de Inspeção Nacional em Unidades Psiquiátricas, OAB: julho de 2004, p. 12)

Há de se destacar que o principal aspecto enfatizado na vistoria ao HSVP é o de carência de profissionais, questão que neste período já era objeto de diversas denúncias na imprensa local (Correio Braziliense, 03 de maio de 2002),

juntamente com as precárias condições físicas do hospital. O quadro descrito para o DF confirma que houve um avanço considerável no que se refere ao modelo manicomial típico, sendo identificada uma preocupação com o tratamento humanizado e consequente busca por se distanciar do quadro de maus-tratos tão alardeado pela imprensa nacional nas décadas de 1980 e 1990.

O momento de exacerbação desse tipo de prática degradante no DF é especialmente atribuído (Costa, 1997 e 2002) aos convênios que descentralizavam o atendimento de saúde mental para instituições particulares conveniadas ao SUS. Prática esta que será predominante no DF até 2003 sem que fosse acompanhada de ações efetivas de fiscalização dos serviços prestados, tendo como marco o fechamento da Clínica Planalto, conforme demonstrarei mais adiante. Nesse sentido, a comparação entre os diferentes cenários de atendimento à saúde mental no Brasil auxilia numa compreensão da totalidade em que nosso caso se insere:

O que este relatório confirma são as mais pessimistas intuições dos ativistas comprometidos com a efetividade da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em verdade, nosso país avançou muito nos últimos anos na aprovação de leis garantidoras, inspiradas pelo movimento em favor da humanização das instituições de atenção à saúde mental. Do ponto de vista institucional, temos, então, razões de sobra para comemorar a emergência de novos instrumentos legais comprometidos com os direitos civis dos pacientes psiquiátricos. Eles assinalaram conquistas importantes que não podem ser subestimadas e que refletem, de alguma forma, um amadurecimento alcançado pela própria sociedade civil organizada. Ocorre que tais conquistas não são suficientes. (Relatório de Inspeção Nacional em Unidades Psiquiátricas, OAB: julho de 2004: p. 12-13)

Observar o cenário nacional mais amplo nos permite evidenciar que as instituições no DF se inserem neste contexto de avanços legais impulsionado pelos movimentos de iniciativa civil, em especial o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que localmente terá representatividade pela articulação com o Movimento Pró-Saúde Mental do DF e será fortalecido posteriormente com a criação da “INVERSO” (Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social), organização não-governamental criada no DF em 2001 e que atua especificamente com ações destinadas à saúde mental. O contexto de surgimento

destas organizações é de grande relevância e está comentado no decorrer do texto. Reconhecidas as conquistas as quais se referem os membros da comissão de vistoria, nos detenhemos na ressalva de que “tais conquistas não são suficientes”, buscando compreender os limites das mesmas:

Se os governos não manifestam a determinação necessária para a efetivação da reforma, se os recursos necessários aos novos investimentos na área escasseiam, se os profissionais que trabalham nas instituições de internação não são permanentemente estimulados, capacitados e tensionados, a tendência alimentada pela inércia é a reprodução bruta e silenciosa do modelo manicomial, pelo que se começa a minar as próprias conquistas já mencionadas. (Relatório de Inspeção Nacional em Unidades Psiquiátricas, OAB: julho de 2004: p. 13)

Nesse ponto, acredito que podemos incorporar novos elementos explicativos ao que inicialmente defini como “aparente paradoxo”. O fenômeno analisado abandona parte da contradição quando compreendido sob a luz da distância entre a mudança de paradigmas (explicitado nas conquistas sociais e avanços jurídicos) e a permanência de um modelo governamental conservador e excludente que caracteriza a política distrital desde o surgimento de Brasília. A feliz constatação de que avançamos ao reconhecermos a importância de uma prática humanizada não exclui, porém, a existência de outras formas de violência, estando estas implícitas nos alarmantes dados de ineficiência da política de saúde mental na capital do país. Conforme lembra a subprocuradora-geral da República, Ela Castilho, “a questão dos portadores de transtornos mentais, ignorada na maioria das discussões, mesmo em setores progressistas, vem se tornando uma chaga aberta” (OAB, 2004: p. 11).

Levanto aqui a hipótese de que os dados de saúde mental divulgados neste ano refletem um fenômeno histórico diretamente associado ao contexto de urbanização excludente que caracteriza o surgimento de Brasília, estando articulados a procedimentos de “asepsia social” que estão demonstrados na opção por ignorar temas que contribuíssem negativamente para a construção da imagem de uma capital moderna, democrática e inclusiva, conforme discurso que configurou o projeto original da capital. Nesse sentido, os referidos índices negativos da política de saúde mental no DF ganham especial significado, posto que iluminam, conferindo inteligibilidade à invisibilidade que historicamente lhe foi atribuída.

A fim de desenvolver o argumento de que existe correlação entre a permanente crise da saúde mental no DF e o processo histórico de concretização de Brasília, buscamos sustentação na reflexão de Paviani (2005) que compreende que,

No processo de urbanização, Brasília acabou se transformando no conjunto atual de núcleos disseminados no território, ou uma constelação urbana, induzida pelo que se considerou “planejamento urbano”. Nesse território poli-nucleado, não se percebe a mesma perspectiva futura para as cidades-satélites (por vezes denominadas “periferia”) e o Plano Piloto e adjacências (o centro). A periferia, com menor *status*, foi recebendo população excedente, o operariado, os funcionários de baixo escalão dos governos federal e distrital, os habitantes de favelas “erradicadas”, enfim, os desvalidos. No centro, esmero nas soluções urbanístico-arquitetônicas; na periferia, carências, descompromisso e demora no atendimento básico. Daí ser o DF o espaço da exclusão social, propício a todas as formas de violência. (PAVIANI, 2005: p. 194)

De antemão faço uma ressalva ao conjunto de sua observação no trecho selecionado: as pesquisas as quais tenho me dedicado têm evidenciado que a oposição entre centro e periferia é uma opção analítica esquemática e simplificadora, que deixa de lado uma ampla gama de aspectos que estão contidos nesta relação e imbricados no cotidiano dos moradores das cidades de periferia que - ao contrário do que as análises tradicionais sobre política e pobreza argumentam - não se identificam permanentemente com essa oposição ao centro que lhes é atribuída, visto que vivenciam e enfatizam o estabelecimento cotidiano de relações autônomas em relação a este “centro”, apesar do evidente “sentimento de segregação” a qual se refere Paviani, lembrando que, também este sentimento, é usualmente “manipulado” por estas populações como forma de expressão política.

Feita essa ressalta, assinalo que sua análise apresenta elementos didáticos interessantes para relacionar a condição migrante (e periférica) com a vulnerabilidade aos transtornos mentais, questão que aqui busco desenvolver. Neste sentido, interessa neste momento conduzir esta análise para a interpretação de que o processo aqui evidenciado (de invisibilidade e ineficiência das políticas de saúde) consiste, sobretudo, em fenômeno de violência. Nesse sentido, partindo

das observações de Paviani (2005) conceituarei violência em um sentido amplo: como a supressão ou violação de direitos tanto individuais como coletivos. Compreendendo-a como fenômeno que possui uma multiplicidade de definições que se aplicam a cada situação peculiar, aqui ela será pensada mais especificamente como a violência da sociedade e suas instituições contra um conjunto de indivíduos portadores de cidadania como quaisquer outros, quais sejam, os indivíduos usuários dos serviços públicos de saúde mental no DF.

Em consonância com a compreensão de Paviani (2005) que analisa o desemprego como violência; identifico como violência as práticas de invisibilidade e descaso à saúde mental no DF. Paviani considera que ao adotarmos esta perspectiva analítica torna-se possível ir além das formas tradicionais e popularizadas de pesquisas que supervalorizam as formas de violência restritas ao âmbito criminal, em detrimento de outras formas que lhes parecem ter menor relevância (PAVIANI, 2005). A violência a que me refiro está destinada mais especificamente à parcela da população que constitui presença predominante entre os usuários de serviços públicos de saúde mental no DF, entre os quais se destacam os migrantes - homens e mulheres - e dentre esses, um perfil específico: o da mulher migrante, não-branca, de meia idade, com baixa escolaridade e dedicada a tarefas do âmbito privado (atuando em seu lar ou como doméstica, e tantas vezes desempregadas). Decifrar qual relação ou vínculo específico se pode construir entre o perfil da população manicomial do DF e grosso dessa população subordinada, é o que traz sentido a este exercício de reflexão. Mais adiante buscarei problematizar a relação entre saúde mental, migração e o recorte de gênero. Por ora, buscarei contextualizar o campo da saúde mental no DF, enfatizando o entrecruzamento dos problemas e lacunas deste com o crescimento urbano da capital.

Cenários da saúde mental no DF

Ao construir um cenário histórico da saúde mental no DF, se faz necessário ressaltar que, além do surgimento das instituições no contexto de desenvolvimento da nova capital, a atuação de organizações civis é fundamental para consolidação deste cenário. Todo esse processo ocorre no âmbito de consolidação da reforma psiquiátrica que ganhou corpo mundialmente nas últimas décadas. Questão esta que aqui no DF - assim como no restante do Brasil - não se apre-

senta de maneira consensual, estando permeada por conflitos entre ações civis e governamentais, entre diferentes interpretações dos meios a serem seguidos e do que se propõe em lugar do modelo manicomial. As informações aqui apresentadas se fundamentam nas pesquisas de Machado (2006), Lima (2002), Lima e Silva (2004) e Amaral (2006), sendo a elas acrescentadas e atualizadas informações fornecidas por funcionários do Hospital São Vicente de Paula (HSVP), durante visitas à instituição.

A fim de nos aproximarmos da distância que se impõe entre o projeto inicial e as primeiras ações relativas à saúde no DF, optei por recorrer às memórias de Ernesto Silva, oficial do exército e médico, que foi um dos pioneiros na capital e primeiro diretor da NOVACAP (Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil), a quem foi atribuída a responsabilidade de desenvolver as primeiras ações de assistência social na nova capital. Sua leitura desse contexto busca evidenciar como o Plano Médico-Hospitalar, proposta original, sofrera um processo de rejeição que ele atribui a seu conteúdo inovador. Assim descreve os anseios contidos na elaboração de seu plano original:

Inconformados com o desperdício dos dinheiros públicos, verificando a cada dia a quase mistificação com que se pratica a assistência médica em nosso país - doentes transformados em humildes pedintes e médicos submetidos a salários fixos e ridículos - aproveitamos a oportunidade que se nos ofereceu a construção da Nova Capital, para, como responsáveis, na Diretoria da Novacap, pelos problemas atinentes à saúde e à educação, instituir, em Brasília, sistemas novos, modernos, sem os vícios, falhas e distorções existentes. O nosso desejo era dignificar o doente, oferecer-lhe, sem humilhações nem discriminações de ordem social, ampla e eficiente assistência médica. (SILVA, 1985: p. 267)

Concernente com a proposta modernista da capital propunha-se a construção de um modelo médico hospitalar que se diferenciasse dos demais por sua característica de descentralização, que atenderia a todos de maneira democrática. Em sua proposta original, apresentada em 1958 e 1959, a assistência seria oferecida por meio de cinco núcleos: 1) Hospital de Base (que atenderia os casos mais graves, com alto padrão e eficiência); 2) Hospitais Distritais (atendimento de rotina); 3) Unidades Satélites (Centros e Postos de Saúde); 4) Hospitais Rurais (com a mesma organização das unidades satélites) e 5) Colônia Hospitalar.

Interessa-me detalhar o último desses núcleos por sua significância, apesar da inserção tardia e efêmera na proposta, o que ocorreu segundo Ernesto Silva por uma obrigação “demonstrada por circunstâncias de ordem médica, econômica e social” (SILVA, 1985: p. 270), o que nos possibilita inferir que se trata da inserção dos “desviantes” apercebidos naquele momento: a este local seriam destinados os doentes mentais, tuberculosos, convalescentes e doentes crônicos. Significativamente, este quinto núcleo já estaria suprimido na proposta oficial apresentada ao presidente Juscelino Kubitschek em 1960. Embora aprovado por decreto presidencial em março de 1960, internamente a proposta passa a sofrer diversas formas de recusa, sendo oficialmente anulada em 1964 com a instauração do golpe militar. Nas palavras de Ernesto Silva:

Sepultava-se, nessa época, o esperançoso Plano Médico Hospitalar de Brasília. A Nova Capital continuaria a prestar a mesmíssima assistência médica discriminatória existente na maioria das cidades do Brasil: os doentes de melhores recursos ou os que ocupavam cargos importantes eram drenados para consultórios particulares ou atendidos com presteza e sorrisos, enquanto os pobres, os sem padrinhos, continuavam na famosa fila de espera, humilhados e resignados. (SILVA, 1985: p. 278)

Abandonados os preceitos iniciais, a saúde pública no DF foi se organizando conforme as demandas que surgiam e parece evidente que, dado o crescimento muito rápido e acima do esperado, as ações de saúde coletiva não conseguissem atender às necessidades de maneira satisfatória. Nesse contexto, diante da ausência de ações planejadas para a saúde mental, ainda na década de 1960 é inaugurada uma Unidade Psiquiátrica no Hospital de Base, com o objetivo de fornecer o primeiro atendimento aos pacientes em crise psíquica, sendo dada prioridade à identificação do primeiro surto e consequente detecção do transtorno mental. Naquele momento, a orientação era de que apenas a contenção da crise e indicação medicamentosa deveria ser feita. Aos pacientes crônicos deveria ser fornecido encaminhamento para internação no Sanatório Espírita de Anápolis-GO, clínica particular conveniada com o SUS/DF desde os primeiros anos de existência da cidade. Segundo Costa essa atitude “correspondeu a uma concepção higienista, de uma Brasília asséptica, onde não existiam [ou pelo menos não deveriam existir] loucos e nem um lugar para eles” (Costa, 2000: p. 1).

Em 1976 é inaugurado o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), que posteriormente retomará a denominação inicial- HSVP. Localizado em Taguatinga- primeira “cidade-satélite” do DF - foi instalado no mesmo espaço em que já existia desde 1959 o Hospital São Vicente de Paula (que até então atendia outras especialidades). O HPAP foi a primeira instituição destinada ao atendimento exclusivo de portadores de transtorno mental no DF. Apesar disso, conforme ressalta Machado (2006), até os anos 2000 a condição de descaso perduraria no campo da saúde mental do DF, se considerada a ausência de uma proposta governamental que evidenciasse atenção ao tema, sendo durante muito tempo questão invisibilizada na esfera distrital. Em sua dissertação de mestrado, Machado explica que até o ano de 2003 a orientação governamental permaneceria a mesma, com ausência de dispositivos terapêuticos públicos locais para atendimento dos pacientes. Nesse contexto o atendimento se restringia basicamente às diversas clínicas particulares que negociavam a concessão de leitos para o SUS/DF. Enquanto isso, as denúncias de maus-tratos aos pacientes ganhavam as páginas da imprensa local, ocasionando a intervenção do Ministério Público e o consequente fechamento de diversas clínicas.

Essa situação, que perdura no DF durante tantas décadas, revela dissonância com um amplo movimento de mobilização contrária aos procedimentos manicomiais ocorrido nacionalmente desde o fim da década de 1970, em especial, o Movimento de Luta Antimanicomial, o Movimento pela Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que têm como marco de mobilização a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987 na cidade de Brasília-DF. Apesar de não estarem ainda organizados sob forma de um movimento, no contexto destes debates os trabalhadores em saúde mental do DF participariam da criação da Comissão Assessora de Psiquiatria, que atuaria no âmbito da então Fundação Hospitalar, proposta que visava redefinir a assistência pública à saúde mental no DF. Apesar de ser relevante por evidenciar a mobilização dos trabalhadores contrários ao descaso distrital com a saúde mental, essa iniciativa não teria efeitos práticos, sendo “abortada de forma truculenta por contrariar interesses poderosos à época” conforme argumenta Costa (1997: p. 3). Em 1987 é criado o Instituto de Saúde Mental- ISM, como alternativa ao modelo de hospital psiquiátrico que orientava o HPAP. Conforme analisa Amaral (2006):

A fundação do ISM ocorreu no ano de 1987, o que poderia ser percebido como uma das iniciativas pioneiras no processo de implementação da reforma psiquiátrica no DF, tendo em vista a proposta de assistência em instituição aberta, totalmente diferenciada do modelo do então HPAP, que era referência em saúde mental. No entanto, a ideia da criação não surgiu a partir de uma idealização e crenças em outras formas de tratar a doença mental [...] A criação de uma instituição aberta colocou o Distrito Federal à frente das novas práticas psiquiátricas e de atenção à saúde mental, na medida em que se contrapôs às práticas manicomiais das instituições fechadas. Isto não quer dizer que tamanha novidade foi aceita sem resistências. Segundo relatos de nossos entrevistados, a proposta de uma instituição aberta assustou grande parte dos profissionais, sobretudo grande parte dos funcionários do HPAP que foram convocados para trabalhar na nova instituição. A recusa foi generalizada, pois não compreendiam como era possível tratar os doentes mentais em um espaço com piscinas, espelhos nos banheiros e sem grades (AMARAL, 2006: p. 31 e 32)

A Constituição de 1988 reconhece os direitos dos indivíduos acometidos por doenças mentais e com isso temos o fortalecimento dos movimentos sociais em prol da saúde mental, o que culmina em 1990 na I Reunião do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que reivindica a aprovação da Lei 3.657 que regulamentará o atendimento à Saúde Mental no país. Em 1991, após o I Encontro dos Profissionais de Saúde Mental no DF formaliza-se o Movimento Pró-Saúde Mental do DF e como resultado desta mobilização temos em 1993 a inclusão do Artigo 211 na Lei Orgânica do DF, reconhecendo em âmbito distrital os direitos já reconhecidos nacionalmente. Em 1995 acontece o I Fórum de Saúde Mental do DF (atividade paralela à III Conferência de Saúde do DF) que aprova o Plano Diretor de Saúde Mental a ser apresentado para a então Fundação Hospitalar do DF (atual Secretaria de Saúde do DF). Neste ano, já no contexto de implantação nacional da Reforma Psiquiátrica, é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAP'S, parte das instalações do Instituto de Saúde Mental (ISM) - e é aprovada a Lei Distrital nº 975, que prevê a estruturação de uma rede de serviços que substituirão os Hospitais Psiquiátricos. No ano seguinte, 1996, é implantado um serviço de fiscalização e avaliação dos serviços públicos e particulares conveniados com o SUS/DF.

O debate em torno das ações de Reforma Psiquiátrica é polêmico e apresenta leituras divergentes até hoje, dividindo opiniões inclusive dentro das instituições responsáveis pelo atendimento. No conjunto deste debate, temos algumas ações importantes: a realização do II Fórum de Saúde Mental do DF e a criação do Serviço de Saúde Mental Infantil nas instalações atuais do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) - ambos em 1997; a realização do I Encontro Nacional dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental em 1998; e entre 1995 e 1998, o antigo Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico - HPAP (já redefinido como Hospital São Vicente de Paula- HSVP), passa por profundas transformações, com a instalação dos serviços de hospital-dia, ambulatoriais e oficinas terapêuticas em lugar da ênfase exclusiva na assistência de emergência com medicação e internação de pacientes. O abandono do nome HPAP buscava justamente romper com os estigmas construídos sobre a instituição, sinalizando o desejo de reorientar suas práticas. Acreditava-se que o retorno do nome HSVP propiciaria o ambiente necessário para essa mudança de paradigmas.

Após esse período, conforme argumentam Costa (2000), Lima (2002) e Machado (2006), as mudanças governamentais teriam ocasionado um período de retrocesso e estagnação das ações direcionadas para a Reforma Psiquiátrica. Alguns funcionários explicam que este retrocesso foi devido ao predomínio neste momento de uma interpretação que restringia o fenômeno da reforma somente à desospitalização, o que teria sustentado os argumentos de que Estado poderia se isentar das responsabilidades para com as instituições, já que estas estavam em vias de extinção, o que teria agravado a situação daqueles que necessitavam de atendimento público de saúde mental, crise que se estende até os dias de hoje (não sendo particularidade da saúde mental, mas fenômeno que atinge a política de saúde distrital como um todo). As tabelas 3 e 4 (apresentadas abaixo) podem confirmar uma tendência a restringir as ações de reforma psiquiátrica ao âmbito da desospitalização.

Tabela 2 - Série Histórica Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Brasil, 2002 - 2010*)

Unidade Federativa	Ambulatórios de Saúde Mental
Região Norte	16
Acre	4
Amapá	1
Amazonas	2

Unidade Federativa	Ambulatórios de Saúde Mental
Pará	-
Rondônia	-
Roraima	2
Tocantins	7
Região Nordeste	148
Alagoas	8
Bahia	37
Ceará	4
Maranhão	4
Paraíba	3
Pernambuco	62
Piauí	17
Rio Grande do Norte	1
Sergipe	12
Região Centro-Oeste	22
Distrito Federal	1
Goiás	9
Mato Grosso	6
Mato Grosso do Sul	6
Região Sudeste	394
Espírito Santo	31
Mins Gerais	89
Rio de Janeiro	68
São Paulo	206
Região Sul	280
Paraná	54
Rio Grane do Sul	104
Santa Catarina	122
Brasil	860

Tabela 3

Quando comparadas às tabelas 1 e 2 anteriormente apresentadas, percebemos que o DF prioriza as ações de fechamento de hospitais, extinção de leitos e ambulatórios em detrimento da criação de novas redes que pudessem substituir as formas de atendimento extintas. Na tabela 3, chama atenção o fato de que em 2004, o governo distrital disponibilize apenas um ambulatório público para atender todo o DF, número evidentemente insuficiente e que não é suprido por outras ações.

Já a tabela 4 indica a disponibilidade de leitos psiquiátricos proporcionalmente ao número de habitantes. O resultado indica que, quando comparado

aos dados de outros estados brasileiros, o DF apresenta o 3º melhor indicativo entre os estados que extinguiram hospitais psiquiátricos e leitos concedidos ao SUS. Esses dados poderiam ser lidos como avanço no sentido de atendimento às propostas de reforma psiquiátrica, entretanto, como vêm insuficientemente acompanhados de ações de substituição (conforme demonstrado nas tabelas 1 e 2), acabam revelando mais uma forma de descaso governamental com a saúde pública mental.

Tabela 9 - Concentração de Leitos Psiquiátricos e Leitos/1000 hab. por UF (Brasil, 2009)

Ranking Leitos/1000 hab	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º	RJ	13.072.362	38	6.722	0.42
2º	PE	8.734.194	14	2.727	0.31
3º	AL	3.127.557	5	880	0.28
4º	PR	10.590.169	15	2.803	0.26
5º	SP	41.011.635	53	10.801	0.26
6º	RN	3.106.420	5	747	0.24
7º	GO	5.844.996	10	1.22	0.21
8º	PB	3.742.606	5	691	0.18
9º	ES	3.453.648	3	565	0.16
10º	SE	1.999.374	2	320	0.16
11º	MG	19.850.072	20	2.702	0.14
12º	TO	1.280.509	1	160	0.12
13º	SC	6.052.567	4	738	0.12
14º	PI	3.119.697	2	360	0.12
15º	CE	8.450.527	7	955	0.11
16º	MA	6.305.539	3	662	0.10
17º	MS	2.336.058	2	200	0.09
18º	RS	10.855.214	6	810	0.07
19º	MT	2.957.732	2	202	0.07
20º	BA	14.502.575	7	888	0.06
21º	AC	680.073	1	35	0.05
22º	DF	2.557.158	1	125	0.05
23º	AM	3.341.096	1	55	0.021
24º	PA	7.321.493	1	56	0.01
Total		187.093.301	208	35.426	0.189
Total Brasil		189.612.814			0.187

Fonte: área técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS./CNES-PRM/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tabela 4

Diante desse contexto, as organizações civis apontam dificuldades em estabelecer diálogo com as instâncias governamentais, ocasionando um período de retração nos debates sobre a Reforma Psiquiátrica. Em contexto aparentemente desfavorável, acontece em 2002 a III Conferência Nacional de Saúde Mental. O Movimento Pró-Saúde Mental do DF busca se sustentar e ganha apoio com a criação da ONG INVERSO (Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social) em 2001. Esta instituição atua no âmbito da saúde mental, buscando conquistar espaços de diálogo com o governo e a sociedade ao articular cultura e política com a intenção de subverter o tratamento restritivo e estereotipado dado ao tema, tanto oficialmente quanto no âmbito do imaginário da população. Na ONG INVERSO as pessoas participam de oficinas e atividades permanentes, aproximando-se dos movimentos sociais, de iniciativas de geração de renda e capacitação profissional (Amaral, 2006: p. 20), tendo adquirido crescente relevância no cenário atual da saúde mental no DF.

Em 2003, após graves denúncias de maus-tratos e irregularidades diversas, tem ampla repercussão na imprensa o fechamento da última clínica psiquiátrica particular conveniada com o SUS/DF: a Clínica de Repouso do Planalto, que funcionava em Planaltina e possuía naquele momento 146 leitos ocupados. Os pacientes que ocupavam estes leitos tiveram que ser imediatamente transferidos para o HSVP e ISM, agravando ainda mais a situação destas instituições que já se encontravam sobrecarregadas. Denominada na imprensa local como “clínica dos horrores” (Correio Braziliense, 21 de março de 2003: Seção Cidades, 1º Caderno), as denúncias à Clínica Planalto tiveram divulgação nacional e consistiram em um importante marco de demonstração das fragilidades do modelo manicomial e ineficiência dos convênios público/privado no âmbito da saúde mental. Entretanto, evidenciava-se também a crise das instituições públicas e nesse contexto, em 2005 o Hospital São Vicente de Paula é objeto de diversas denúncias que apontavam suas precárias condições físicas, o que ocasionou a desativação de alguns setores do hospital e transferência emergencial de alguns pacientes. Mais do que antes, a fragilidade da instituição reacende os debates sobre os caminhos para uma gestão eficiente da saúde mental no DF.

A despeito de suas “crises permanentes” o HSVP constitui, pelo menos entre 1985 e 2002, referência para o atendimento psiquiátrico no DF, responden-

do durante muito tempo por mais de 80% dos atendimentos do DF e entorno, centralizando a emissão de guias de autorização de internação hospitalar e tendo a atribuição de realizar a triagem dos casos encaminhados por outras instituições ou demandados espontaneamente por pacientes e suas famílias (LIMA e SILVA, 2004). A tese de doutorado de Lima (2002) indica a problemática que envolve este “modelo de atendimento de urgências” que caracteriza o HSVP, o que parece explicar parcialmente as acusações de “crise permanente”, visto que esta atribuição, na prática, destoa de uma atenção integral à saúde mental, o que faz com que se alimente uma “porta giratória” de constantes reinternações em decorrência da não-conclusão e acompanhamento clínico e terapêutico dos casos⁴.

Em meados de 2005 foi assinado por representantes do Governo do Distrito Federal um documento denominado “Pacto pela Saúde Mental” com o objetivo de criar serviços substitutivos em saúde mental. Numa perspectiva de superação do modelo hospitalocêntrico, o acordo se sustentou nos seguintes princípios:

1. A interlocução constante com os movimentos sociais: divulgando e demonstrando junto ao público, nas praças, ruas, mídia etc, esta outra relação possível com a loucura. Apoio à organização dos portadores de sofrimento mental, falando em seus próprios nomes e assumindo a luta por seus direitos a fim de exigir do poder público o compromisso necessário com a Reforma Psiquiátrica.
2. A defesa do Sistema Único de Saúde: entendendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Na perspectiva da intersetorialidade, uma prática de políticas públicas de efetivo alcance social é indispensável, permitindo uma abordagem intersetorial dos diferentes aspectos envolvidos na abordagem do sofrimento mental. Aspectos que envolvem a moradia, o trabalho, o lazer, a educação etc. Construção de uma rede de suporte para as pessoas mais vulneráveis com constante luta pela transformação social.
3. O respeito à singularidade: cada um tem sua própria história, seu jeito de ser, suas questões subjetivas, familiares e sociais, suas dificuldades,

⁴ Alguns projetos visam amenizar estes efeitos, caminhando para uma atenção integral à saúde mental: atualmente, o Projeto Cantina Terapêutica e o Projeto Saúde em Casa são apontados como experiências positivas, mas que somente são conduzidas pela dedicação pessoal de parte dos funcionários, visto que não são apoiadas e reconhecidas pela Secretaria de Saúde do DF.

seus projetos, as pessoas são únicas- e como tais devem ser respeitadas e tratadas.

4. A crítica ao tecnicismo: é importante conhecer e aplicar os recursos da ciência, tornando-os acessíveis a todos que deles necessitam. A assistência em saúde mental não se reduz de forma alguma a uma questão técnica, é um processo social e político de luta contra as discriminações e as violências impostas aos portadores de sofrimento mental.
5. A coragem do pensamento: lembrando sempre que os pensamentos originais e vivos não se reduzem à forma teórica, mas se manifestam em produções diversas, no âmbito artístico e cultural.
6. A superação do hospital psiquiátrico: propomos um modelo assistencial que dispensa inteiramente o hospital psiquiátrico, desmascarando a sua suposta necessidade técnica e social.
7. A implantação de uma rede de serviços substitutivos: com serviços articulados entre si, segue uma lógica inteiramente diversa ao buscar a liberdade, a participação social e a cidadania de seus usuários.
8. A presença na cultura: os portadores de sofrimento mental devem ter, reconhecidas como todas as pessoas, uma trajetória de vida no espaço social: conviver com as questões do sofrimento mental e aprender a aceitar a diferença e a prática da solidariedade. (Dados fornecidos por funcionários do HSVP, durante visita à instituição)

A III e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizadas respectivamente em dezembro de 2001 e em junho de 2010, devem ser vistas como importantes momentos de reflexão e construção de caminhos para o diálogo. O documento preparatório ao evento de 2010 indica alguns avanços no âmbito da saúde mental:

O acesso à atenção em saúde mental aumentou. Chegamos a 63% de cobertura, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Cerca de 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada. O ano de 2009 fechou com 35.426 leitos. Os hospitais psiquiátricos restantes ficaram menores. Hoje 44% dos leitos em hospitais psiquiátricos

estão situados em hospitais de pequeno porte. Pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas. Os recursos empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares. Desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares são maiores do que os gastos hospitalares. No ano de 2009, 67,7 % dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias. [BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 7, ano v, nº 7*. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010 (acesso em 28/09/2010)]

Apesar dos avanços acima citados, o documento também aponta um quadro bastante problemático que ainda predomina na saúde mental no DF, conforme comentamos no início deste texto. Refazer este percurso histórico, que é dinâmico e complexo, nos indica em seus dados residuais que o processo de saúde mental no DF foi conduzido a uma violenta ineficiência desde a construção da capital, sendo fruto da invisibilização destinada por longo período ao tema, que não constituiu pauta de atenção dos diferentes mandatos distritais.

Cenários de segregação: possíveis correlações entre migração, gênero e saúde mental

Como já indiquei anteriormente, a peculiaridade de ser uma “cidade de migrantes” trouxe consigo a marca da grande velocidade com que surgiram os núcleos periféricos, numa perversa demarcação de diferenças sociais. Considerando a urbanização no DF como um processo “extensivo e periférico”, a demanda por habitação vinda dos migrantes “foi respondida com a segregação socioespacial da população de baixa renda e sua concentração nos espaços afastados do Plano Piloto” (Ferreira e Penna, 2005: p. 74). Nesse sentido, podemos admitir, sem tomar este como fator explicativo por si só, que a condição provisória e desestabilizante que caracteriza a migração, quando associada à fragilidade emocional a qual qualquer pessoa está susceptível em tal situação, propicia um contexto de vulnerabilidade desses indivíduos aos transtornos mentais.

Dados censitários de 2000 (IBGE, 2000) indicam que Brasília continua sendo uma capital de migrantes (com crescimento médio anual de 3,5%). Crescimento este que, apesar de não se apresentar de maneira unívoca, ainda está direcionado para as cidades de periferia, atraídos pelas ofertas que vendem os sonhos de um lugar para morar - o lote, e um lugar para construir a vida - edu-

cação e emprego. Conforme demonstra Jabur (2008), quanto mais recentes as ondas migratórias, mais elas se concentram em regiões afastadas do Plano e com piores condições de vida. Este pesquisador demonstra ainda que a procura por emprego, estudos e conquista da casa própria são as principais motivações para quem migra. Nesse sentido, a migração pode ser pensada como uma das formas mais violentas de opressão já que o migrante é apenas um anônimo na multidão, que está fora de sua terra, vivendo em meio a uma sociedade hierárquica em que poder e apoio social dependem dos laços de conhecimento pessoal, as conhecidas “boas relações” - fatores que se destacam sobremaneira no DF. Por esta razão, concordando com Jabur (2008) estabeleço uma correlação (ainda que não se pretenda com isso esgotar a questão) entre a desestabilização emocional da condição migrante e a transformação do indivíduo em interno nas instituições psiquiátricas.

Não podemos perder de vista que qualquer indivíduo - independente de suas condições socioeconômicas - está sujeito a desequilíbrios emocionais que podem ocasionar danos psiquiátricos, entretanto, acreditamos que a instabilidade das condições de sociabilidade do migrante traz consigo um sentimento constante de sujeição e precariedade que aponta para um fator a mais de fragilização. A falta ou escassez de vínculos pessoais que possam oferecer sustentação num momento de desequilíbrio emocional é fator que, associado a predisposições patológicas, acarreta o distúrbio psiquiátrico. Trajetórias que se repartem entre o antes e depois da chegada, entre a expectativa e angústia. ***Estes são termos que por diversas vezes estão presentes nos prontuários por nós analisados.***

Em algumas oportunidades de conversa com funcionários, pude confirmar a hipótese de que a migração é um fenômeno que aponta peculiaridades para o atendimento à saúde mental no DF, o que é percebido pelos funcionários por meio dos relatos de vida a eles narrados quando estabelecem relações interpessoais de confiança com essas pessoas. São transmitidos nessas oportunidades reminiscências pessoais ocorridas em diferentes âmbitos de integração social (família, emprego, casamento, morte, amigos, violência, angústias diversas), principalmente naquelas ou naqueles campos em que mais se dão os confrontos com os aparelhos ideológicos (polícia, hospital, escola, igreja etc.).

Devemos estar atentos ao fato de que o alto índice de pacientes migrantes deve ser contextualizado nas peculiaridades em que a situação se apresenta

no DF: mais do que em qualquer outro local do país temos uma composição populacional que congrega uma diversidade de origens e unifica todos os que aqui chegam pelas expectativas comuns de construção de uma vida melhor, sentimento este que, como dito anteriormente, facilmente se transforma em angústias recorrentes. Conforme lembra Jabur (2008) as falas dos internos devem ser tomadas como discursos de indivíduos que se constituem por meio de um conjunto precário de vínculos, o que reflete não só a sua condição psíquica estruturante, mas também social.

Do ponto de vista das relações de gênero, apesar da crença dos funcionários da instituição de que existe uma distribuição igualitária de gênero entre os usuários do serviço, os prontuários por nós pesquisados indicam a predominância de mulheres entre os pacientes do HSVP. Nesse sentido vale lembrar que, por ser construída socialmente, a experiência do sofrimento psíquico traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e é época histórica. Sob aparência de fenômeno individual, a vivência subjetiva do mal-estar psíquico é também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressando regularidades sociais no âmbito das relações de gênero (SANTOS, 2009: p. 178). A fim de corroborar essa afirmação, Santos (2009) explicita a maneira pela qual a questão de gênero tem sido abordada em âmbito mundial, afirmando que dentre as regularidades supracitadas, no mundo contemporâneo, o acúmulo de funções e a multiplicidade de papéis desempenhados, quando associados a aspectos sociais fragilizantes, têm indicado uma propensão das mulheres a desenvolver quadros de distúrbio psíquico:

Conforme o Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001 - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU -, as mulheres se encontram numa condição de maior risco de desenvolver transtornos mentais, manifestando sofrimento psíquico. O relatório aponta que os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade contribuem para um aumento significativo da incidência de transtornos mentais e comportamentais, pois as mulheres continuam com o fardo da responsabilidade que vem associado com os papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras, tornando-se ao mesmo tempo uma parte cada vez mais essencial da mão-de-obra e, frequentemente, constituindo-se na principal fonte de renda familiar. Além das pressões impostas às mulheres devido à expansão de

seus papéis, muitas vezes em conflito, elas são vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. (SANTOS, 2009: p. 178)

Esta pesquisadora demonstra que o debate que busca relacionar gênero e saúde mental, apesar de enfatizado na década de 1980 (especialmente pelas teóricas feministas), foi abandonado na década seguinte e permanece pouco explorado atualmente. Além disso, predomina ainda uma concepção reducionista e biologizante da saúde mental das mulheres, estando presente a idéia de que em decorrência das constantes alterações hormonais, a mulher carrega uma espécie de “germe da loucura”, estando propensa e ao mesmo tempo sendo responsável por seu desequilíbrio emocional, percebido de maneira naturalizada. É significativo que se perceba o abandono a qual geralmente estão destinadas as mulheres que buscam tratamento psíquico, da mesma forma que parece significativo que são também as mulheres prioritariamente quem acompanham os pacientes - homens e mulheres - que chegam às instituições, exercendo o papel de “cuidar” que tradicionalmente é atribuído às mulheres. A percepção biologizada da saúde da mulher (associada às suas funções reprodutivas: gravidez, parto, pós-parto e menopausa) oculta a significância das relações de gênero e suas decorrências.

Santos (2009), explica que os índices globais da saúde mental, quando observados sob o ponto de vista das relações de gênero apontam diferenças fundamentais. Mundialmente, a depressão seria a patologia predominante entre as mulheres, apesar dos homens liderarem os casos de suicídio. Já no contexto brasileiro, haveria “uma maior prevalência de internações psiquiátricas entre homens do que entre as mulheres” (2009: p. 179). Partindo desta observação, Santos (2009) cita Berquó e Cunha (2000) que buscam explicar a predominância masculina de pacientes por meio da afirmação de que existe uma maior vulnerabilidade dos homens em decorrência das pressões sociais e de gênero que fazem com que as frustrações sejam menos toleradas socialmente para homens do que para mulheres, levando-os ao uso de bebidas e outras drogas como forma de fuga, enquanto “a mulher se apegue às relações afetivas, o que lhe traz um efeito protetor” (Berquó e Cunha, 2000 apud Santos, 2009: p. 179) ao invés de potencializar os transtornos mentais.

Os dados do HSVP, por nós analisados, indicam um quadro diverso deste, visto que 70% dos prontuários são de pacientes mulheres, indicando como pecu-

liaridade no DF a predominância absoluta do gênero feminino entre os usuários da saúde mental pública. Entre estas mulheres, 60% são não-brancas, o índice de analfabetismo corresponde ao dobro daquele que incide entre pacientes do sexo masculino, 44% das mulheres se identificam profissionalmente como “do lar” e somadas àquelas que se identificam como “domésticas”, temos 53% destas mulheres atuando no âmbito privado (o que nos parece significativo) e 14% de mulheres que estavam desempregadas no momento da internação.

Nas descrições buscadas nos prontuários médicos do HSVP, identificamos a recorrência de aspectos tidos como típicos do universo feminino: recorrentes decepções amorosas, agressões sexuais, físicas e psicológicas (especialmente, relatos de violência na infância, acometidas pelo pai ou parentes e na vida adulta por cônjuges), frustrações relacionadas à vida profissional (em especial, quando inexistente uma profissão, quando se identificam como “do lar” ou estão desempregadas), a baixa escolaridade (que limita as possibilidades efetivas de autonomia em relação aos companheiros - que muitas vezes são também agressores), a rotina desgastante das tarefas domésticas (como afirmei acima, chama atenção o alto índice de mulheres que se identificam profissionalmente como “do lar” ou “domésticas”), o abandono por parte do companheiro ou dos filhos que se envolveram em casos de criminalidade e violência (muitos desses casos relacionados aos relatos de decepções decorrentes da migração para Brasília).

Os dados apresentados nos direcionam para a afirmação de que as fragilidades psíquicas no DF, além de associadas à condição migrante, estão estreitamente relacionadas com as diversas formas de violência contra as mulheres numa sociedade em que predomina a masculinidade como padrão social e a feminilidade como desvio biológico. Esta afirmação nos auxilia na problematização do perfil manicomial predominante que os dados do HSVP nos ajudaram a construir: mulheres, migrantes, não-brancas, de meia-idade, com baixa escolaridade, que trabalham em seu lar ou são domésticas e são (ou foram) vítimas de algum tipo de violência. Indica também a urgência de que os pesquisadores dediquem esforços no sentido de demonstrar a importância de incorporar um olhar sensível à condição migrante, bem como, incorporar a perspectiva de gênero às políticas públicas de saúde mental no DF.

Há de se ressaltar que as idéias aqui apresentadas, apesar de problematizarem temas de grande relevância na contemporaneidade, se inscrevem em uma

reflexão ainda inicial e deverá ser desdobrada em abordagens futuras, visto que temos a intenção de acrescentar novos elementos a estas interpretações, aprofundando-a com a continuidade do trabalho coordenado pelo Grupo Padê. O entrecruzamento aqui proposto: o contexto de idéias e ações relativas à saúde mental e o processo excludente de surgimento do DF, desvela um processo de invisibilidade e omissão que busquei caracterizar como violento. Nesse mesmo sentido, observar esta correlação à luz das relações de gênero e do fenômeno da migração, apesar de não encerrar o debate, acrescenta elementos a um tema que ainda apresenta muitas lacunas e carências epistemológicas.

Referências bibliográficas:

- AMARAL, Marcela Corrêa Martins. *Narrativas de Reforma Psiquiátrica e Cidadania no Distrito Federal*. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: UnB/ Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 7, ano v, nº 7*. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010 (acesso em 28/09/2010)
- COSTA, A. C. F. *40 anos de loucura no DF: história breve dos serviços públicos de saúde mental no DF*. [Carta do Movimento Pró-Saúde Mental no DF]. Brasília: 18 de maio de 2000.
- COSTA, A. C. F. “Reforma Psiquiátrica do DF: o hoje possível e o amanhã desejado” in *Revista de Saúde do Distrito Federal* vol. 8. Brasília: 1997.
- FERREIRA, Ignez Costa Barbosa; PENNA, Nelba Azevedo. “Território da violência” in: PAVIANI, A., FERREIRA, I. C. B. e BARRETO, F. (orgs.). *Brasília. Dimensões da violência urbana*. Brasília: Ed. UnB, 2005.
- JABUR, Pedro de Andrade Calil. *De migrante a interno: uma leitura sociológica do processo de desvinculação social e psíquica*. [Tese de Doutorado]. Brasília: UnB/ Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2008.
- LIMA, Maria da Glória. *Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, 2002.
- LIMA, Maria da Glória; SILVA, Graciete Borges da. “Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal” in *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57 (5). Brasília: set./out. de 2004.
- MACHADO, Daniela Martins. *A desconstrução do manicômio interno como determinante para inclusão da pessoa em sofrimento mental*. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: UnB/ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2006.

OAB. *Relatório da “Inspeção nacional de unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos”*. Brasília: julho de 2004.

PAVIANI, Aldo. “A violência do desemprego”. in PAVIANI, A., FERREIRA, I. C. B. e BARRETO, F. (orgs.). *Brasília. Dimensões da violência urbana*. Brasília: Ed. UnB, 2005.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas. “Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados” in *Ciências e Saúde Coletiva*. vol.14, num.4. Rio de Janeiro: jul./ago. de 2009.

SILVA, Ernesto. *História de Brasília: um sonho, uma esperança, uma realidade*. Brasília: Secretaria de Educação e Cultura no DF, 1985.

OS IMPACTOS DA DISCRIMINAÇÃO, VIOLÊNCIA E POBREZA NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES

Andrea Mesquita de Menezes¹

René Marc da Costa Silva²

Introdução

O conceito de gênero foi incorporado pela academia – inicialmente nas pesquisas sobre mulheres - nos anos 1970. A partir daí, vem sendo constantemente (re)construído e (re)interpretado de diversas formas. De maneira sintética, *entende-se gênero como um conjunto de normas, valores, costumes e práticas através das quais a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada* (BANDEIRA, 2004, 9).

Para Joan Scott gênero é, antes de tudo, uma construção social, uma forma primária de significar as relações de poder. As diferenças entre homens e mulheres são percebidas como uma categoria central nas análises de gênero, estabelecendo-se uma polarização entre masculino (mundo público e da produção) e feminino (mundo privado e da reprodução). O poder manifesta-se no masculino, estando nessa relação polar assimétrica a origem da subordinação das mulheres.

Pensar sobre gênero significa refletir sobre uma estrutura de relações que diz respeito tanto a mulheres como a homens, portanto, diz respeito a todos. Concomitantemente, permite refletir de forma ampla sobre as formas hierárquicas presentes na sociedade, sejam elas, raciais, regionais, geracionais, etc.

¹ Antropóloga e professora de Sociologia. Organizou e trabalhou no curso sobre Violência contra mulheres para Policiais das DEAMs e outros profissionais que integram a rede de atendimento as mulheres da Região Centro-Oeste em 2004. Atualmente desenvolve trabalhos na área de Meio Ambiente.

² Possui doutorado e mestrado em História pela Universidade de Brasília e graduação em História e Antropologia pela mesma Universidade. É professor titular do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito do UniCEUB - Centro Universitário de Ensino Unificado de Brasília.

Para Segato, o estudo de gênero contribuiu para uma elaboração de uma teoria do poder e de um enfoque social crítico da desigualdade. Trata-se de compreender uma estrutura de relações, onde é possível clarear os meandros das estruturas de poder, os enigmas da subordinação voluntária/involuntária, além de originar um discurso elucidador sobre outros arranjos hierárquicos na sociedade. Não se intenta, todavia, aqui, afirmar se existem ou não sociedades igualitárias pela mera observação empírica dos fatos. *“O que pode ser observado é o maior ou menor grau de opressão da mulher, o menor ou maior grau de sofrimento, o maior ou menor grau de autodeterminação, o maior ou menor grau de oportunidades, de liberdade, etc., mas não a igualdade, pois é do domínio da estrutura, e a estrutura que organiza os símbolos, lhes conferindo sentido, não é da ordem do visível. O poder se revela, às vezes, com infinita sutileza.”* (SEGATO, 1998, 03)

Para Segato, o gênero constitui a emanção, por meio da sua encarnação em atores sociais ou personagens míticos, de posições numa estrutura abstrata de relações que implica uma ordenação hierárquica do mundo e contém a semente das relações de poder na sociedade. Tal estrutura se apresenta já na primeira cena de que participamos - cena familiar - e se traveste em gênero, possuindo por aí o poder de fixar os papéis sociais de gênero.

Os Três Eixos Elementares da Desigualdade: raça, pobreza e gênero

Nenhuma Sociedade trata suas mulheres tão bem como trata seus homens – PNUD 2007

As desigualdades de gênero não se resumem a diferenças sociais e culturais entre homens e mulheres. Vai além destas, e é fortemente percebida quando entra em foco também, sobretudo, as perspectivas de classe social e raça.

Os estudos sobre desigualdades de gênero no Brasil têm sido fortalecidos pelos dados estatísticos, especialmente os indicadores sociais, que tem salientado essa realidade e possibilitado refletir sobre as dinâmicas envolvendo gênero, raça e classe social. Os dados estatísticos escancaram a pirâmide da distribuição de renda e mostra quem é rico e quem é pobre no Brasil. O estudo desenvolvido pelo IPEA e UNIFEM que teve como objetivo apontar as disparidades existentes entre negros e brancos e homens e mulheres nos mais diferentes espaços da sociedade revela isso:

Nesse sentido, destaca-se, ainda, a situação a que mulheres negras, vítimas do racismo e do sexismo, estão submetidas, possuindo os piores indicadores em praticamente todas as áreas analisadas. Como mostra a pesquisa, hoje, no Brasil, 21% das mulheres negras são empregadas domésticas e apenas 23% delas têm Carteira de Trabalho assinada – contra 12,5% das mulheres brancas que são empregadas domésticas, sendo que 30% delas têm registro em Carteira de Trabalho. Outro dado alarmante é que 46,27% das mulheres negras nunca passaram por um exame clínico de mama – contra 28,73% de mulheres brancas que também nunca passaram pelo exame. Tanto mulheres negras quanto brancas que estão no mercado de trabalho têm escolaridade maior que a dos homens. Porém, isso não se reflete nos salários. A renda média mensal das mulheres negras no Brasil, segundo a última Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio, do IBGE (PNAD 2003), é de R\$ 279,70 – contra R\$ 554,60 para mulheres brancas, R\$ 428,30 para homens negros e R\$ 931,10 para homens brancos. (IPEA, UNIFEM, 2005, 3)

A vida das mulheres pobres, especialmente das mulheres negras, é marcada por obstáculos de diversas ordens. Além dos inúmeros papéis desempenhados no dia-a-dia, da sobrecarga de trabalho, as mulheres pobres, lidam com muitas outras dificuldades que ocasionam estresse. É grande a gama de pesquisas e de indicadores que apontam que a precocidade de gravidez na adolescência é muito comum entre as mulheres pobres que acabam por tornarem-se, muitas vezes, também avós precoces.

A situação de pobreza também expõe as mulheres à precariedade das políticas públicas de assistência.

No que concerne ao acesso a assistência para si e sua família, a precariedade da situação da pobreza expõe as mulheres a doenças e morte de suas crianças, as dificuldades no estabelecimento de uma rede social que contribua para a proteção e a atenção aos filhos e filhas, e a dependência das deficientes fontes governamentais de assistência e atenção a suade e educação. No que se refere ao microsistema circunscrito a comunidade onde moram, estas mulheres estão expostas a crimes e violências; prisão de companheiros e a falta de moradia. (COUTO-OLIVIERA, 2007, 36)

No que concerne ao mercado de trabalho, as mulheres estão concentradas nas atividades de baixa remuneração, informais e empregos domésticos, como, aliás está amplamente caracterizado e evidenciado pela pesquisa que orienta esse livro. As taxas de desemprego entre as mulheres; é superior às taxas de desemprego percebidas pela população masculina, o que evidencia que estas possuem, com frequência, maiores oportunidades de trabalho. Por outro lado, dupla jornada de trabalho tem sido até agora parte inseparável da vida das mulheres. Entretanto, as mais afetadas por essa situação, pois não possuem condições financeiras para contratar outra pessoa para cuidar da casa e das crianças, são as mulheres pobres, que por sua vez são de maioria negra e sofrem as consequências da discriminação social, racial e de gênero. (MELO, 2005).

Eunice Moraes (2005) afirma que diferente das mulheres brancas de classe média e alta, as mulheres pobres, especialmente as negras e camponesas, sempre trabalharam fora. Primeiro por conta da escravidão e, mais tarde pela falta de oportunidades de estudo e emprego, estão em sua maioria nos serviços domésticos. As mulheres camponesas também encontram-se em situação similar, pois sempre tomaram conta da casa, realizam o trabalho da roça, que produz mercadoria e o sustento da casa. Portanto as dificuldades apontadas sempre fizeram parte do cotidiano das mulheres pobres e negras. Nesse sentido o trabalho não chega a representar um meio de inserção social e emancipação dessas mulheres, pelo contrário, é signo de sua subalternização; ao mesmo tempo em que, tal como a referida pesquisa assevera, estas últimas se vêem, cada vez mais e mais sendo orientadas em direção a atividades circunscritas ou concernentes especificamente a mundo do privado.

Quando empregadas, essas mulheres estão em atividades que as remetem ao exercício dos papéis tradicionais de gênero vinculados a mulher, ou seja, atuam em atividade eminentemente domésticas, consideradas de menor valor, e portanto, mal remuneradas... o contingente mais significativo de mulheres pobres que trabalha fora de seu domicílio está concentrada nos serviços domésticos remunerados, usufruindo de menores rendimentos. (COUTO-OLIVEIRA, 2007, 38)

As situações apontadas reforçam a ideia de que a pobreza aliada as discriminações de gênero e raciais criam uma realidade perversa e enfraquecem a cidadania das mulheres, impedindo-as de assumir ações políticas, institucionais

e legais efetivas para modificar sua condição. É, ainda, um obstáculo que as impede de romper com o ciclo intergeracional da pobreza.

Nessa Medida pobreza é percebida também como um importante fator de risco à saúde mental - a frequência de distúrbios mentais em populações pobres é conhecida. No caso das mulheres pobres, especialmente das mulheres negras, os riscos mostram-se ainda mais evidentes. As diversas demandas relacionadas à vida das mulheres, combinada com as difíceis condições associadas à pobreza e a desigualdade racial têm contribuído para o comprometimento de sua saúde mental.

Violência contra as Mulheres, Violência Institucional e Políticas Públicas

Toda mulher tem direito a uma vida livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher.

O fator fundante da discriminação e violência contra as mulheres é o preconceito de gênero que reforça a desvalorização do feminino. A discriminação contra as mulheres é uma prática de exclusão que pretende justificar as agressões e a prática da violência. Por isso, o combate a violência deve abranger tanto a discriminação, quanto o preconceito que são os fundamentos das práticas violentas.

Esse último, o preconceito, não pode ser coibido porque ocorre no mundo da figuração, nessa medida é fundamental que a intervenção nas sensibilidades governamentais configure-se como modo mais relevante de enfrentamento. Neste sentido, para o enfrentamento da violência contra as mulheres o Estado deve prever a capacitação de gestores e executores de políticas públicas e grupos de mulheres, com o intuito de fornecer-lhes subsídios para desmitificar as noções de feminino e masculino calcadas na biologia e provocar a reflexão sobre os papéis de gênero, provocando ou estimulando uma verdadeira transformação cultural.

O termo violência contra as mulheres designa uma violência praticada especificamente contra a mulher apenas pelo fato de ser mulher. Desde 1970 o movimento feminista vem refletindo sobre essa dimensão da violência e a construção do conceito de gênero foi, talvez, sua maior contribuição para a luta e o debate político, tanto quanto para a discussão acadêmica.

A diferença de sexo, tanto da vítima quanto do acusado marca e distingue determinados tipos de violência, ou seja, as distintas modalidades de violência se diferenciam por gênero. Lia Zanota (1998) aponta que Os dados da Secretária de Segurança mostram que o *feminino é morto pelo e em nome do masculino*. No caso dos homicídios femininos, a cena do crime é o lar e o acusado um amigo, amante, esposo ou namorado.

As inúmeras denúncias feitas nas três últimas décadas deram visibilidade à violência praticada contra mulher na esfera doméstica. Comportamentos violentos considerados naturais passaram a ser questionados. No Brasil, um marco fundamental na luta para eliminar todas as formas de violência contra a mulher foi a criação das Delegacias de Mulheres na década de 1980, e mais recentemente, a criação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006).

A violência sexual contra mulheres ocorre, portanto, em sua maioria em seu próprio lar. É um tipo de agressão onde há o excessivo abuso de poder e a vítima é utilizada para gratificação sexual do agressor sem seu consentimento, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física, mas sempre com violência psicológica. Acontece em qualquer classe social, atingindo todas as camadas da sociedade. Grande parte da violência sexual que ocorre com as mulheres, especialmente com as meninas, é silenciada. O silêncio é frequentemente garantido, em grande parte, na medida em que a violência masculina não sente dificuldades para encontrar as mulheres lá, no lugar onde as estruturas masculinas dominantes de poder as tem historicamente colocado, no âmbito do privado, do doméstico ou do lar; assim como vimos amplamente demonstrado pela pesquisa que aqui se concluiu. Quando o agressor é conhecido da vítima, a ameaça é tão aterrorizante e dolorosa quanto o próprio ato. Além disso, psicólogos afirmam que o silêncio é uma forma de proteção, a maneira encontrada para mascarar a dor e ocultar o sofrimento. (QUEIROZ, s/d)

Outro tipo de violência muito comum que acontece isoladamente e acompanha as demais formas de violência é a psicológica que ocorre tanto no espaço privado como no público. Segundo Rita Segato (2002) a violência psicológica é um eficiente mecanismo de controle social e de reprodução das desigualdades em todos os âmbitos da vida, acontecendo cotidianamente nos processos de sociabilidade, marcando e sustentando a dominação hegemônica. Por seu caráter sutil, difuso e constante é a forma de violência mais irrefletida, automática e rotineira

contra a mulher, constituindo-se no método mais eficiente de intimidação e subordinação. É mantenedora do desequilíbrio de poder nas relações de gênero³.

Diferente da violência física contra a mulher, que é passível de denúncia por sua materialidade evidente, a violência psicológica é mais disfarçada, não encontra um lugar para sua expiação, o que requer um discernimento sutil de quem a ela é submetido ou um conhecimento especializado para reconhecê-la. Algumas de suas consequências são; a perda da auto-estima, da autoconfiança e da autonomia.

O segundo tipo de violência aqui abordado é a institucional, fruto das desigualdades presentes em cada sociedade; intimamente relacionada com a violência estrutural e com a violência psicológica. Caracteriza-se pela agressão provocada pelas instituições públicas ou privadas. A falta de serviços básicos e os horários de atendimento ineficazes na maior parte das instituições públicas ou privadas são formas de violência institucional. A falta de saneamento básico, de atendimento de saúde, nos hospitais e nos postos de saúde, de educação, de escolas e de creches, as longas filas nos bancos, os transportes urbanos precários e a demora no atendimento policial e judicial são alguns destes exemplos. Essa violência difusa, banalizada no cotidiano, não é sequer percebida, por isso a dificuldade em reconhecê-la, e o impedimento de ações de sensibilização e capacitação dos profissionais a fim de eliminá-la.

Com uma jornada triplicada de trabalho as mulheres são, constantemente, as mais agredidas por esta forma de violência. Quando não há uma creche ou escolas, por exemplo, muitas são obrigadas a deixar as crianças sozinhas em casa para trabalhar e poder sustentar o sustento da família. A ineficiência dos serviços e políticas públicas acaba por trazer-lhes uma sobrecarga de trabalho e sacrifício.

Quando estas diversas formas de violências se cruzam; a dor, o sofrimento e a angustia são ainda mais devastadores. Nos crimes de violência sexual contra mulheres, principalmente quando estas são adultas, diversas vezes, as vítimas transformam-se em réus, e aqueles em vítimas. *“A mensagem veiculada pelos agen-*

³ Por violência psicológica contra a mulher entendemos qualquer ação que envolva: agressão emocional, ainda que tenha sido cometida não como uma agressão consciente ou deliberada por parte do homem; ridicularização, coação moral; intimidação; condenação da sexualidade; desvalorização cotidiana da mulher enquanto pessoa; da sua personalidade e traços psicológicos, do seu corpo, da sua capacidade intelectual, do seu trabalho, da sua moral. Este tipo de violência pode ocorrer às vezes até sem agressões verbais, mas manifestando-se em gestos e atitudes.

tes públicos, muitas vezes, reforça a idéia de que o estupro é crime em que a vítima tem que provar que não é culpada, e que, portanto, não concorreu para a ocorrência do delito.” (PIMENTEL, SCHRUTZNEYER, PANDJIARJIAN, 1998, 204)

Em outras palavras, *“O que se observa grande parte das vezes, no entanto, é que ferida, humilhada e acuada a mulher arrasta interminavelmente a violência sofrida nas unidades policiais, nos serviços de saúde e no judiciário.”* (BANDEIRA, ALMEIDA, MENEZES, 2004, 12)

Os exemplos de violência contra mulheres são muitos e variados, são dramas que acontecem cotidianamente afetando todas as idades, raças, etnias, religiões, classes sociais e regiões. Sob o domínio do medo muitas deixam de denunciar. Entretanto, nos últimos anos a quantidade de mulheres que denunciam seus agressores vem aumentando, graças a inovações nas Políticas Públicas como a criação das DEAMs, Redes de Proteção, Casas Abrigo, Lei Maria da Penha. Graças, sobretudo, a coragem de muitas mulheres que vivenciaram a discriminação e a violência pelo simples fato de serem mulheres.

Ao adotar a definição de violência contra a mulher prevista na Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher da Organização das Nações Unidas (ONU, 1993), o Estado Brasileiro incorpora a categoria *gênero* como fundamento da violência contra a mulher; estabelece um catálogo de direitos, a fim de que as mulheres tenham assegurado o direito a uma vida livre de violência, na esfera pública e privada; abarca um amplo conceito de violência doméstica e intrafamiliar, bem como enumera os deveres a serem implementados pelos países signatários.

O Brasil ratificou, em 1995, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, *Convenção de Belém do Pará*, assumindo o dever de cumprir as obrigações jurídicas que assegurem o direito a uma vida livre de violência, na esfera pública e privada, bem como enumera os deveres a serem implementados pelos Estados. Esta Convenção reitera ser a violência física, sexual e/ou psicológica contra a mulher uma violação aos direitos humanos, além de incorporar ainda, a categoria *gênero* como fundamento da violência contra a mulher.

Nas sociedades contemporâneas as formas concretas de marginalização ou de participação da mulher sustentam-se, dentre outros fatores, pela habilidade e sutileza com que a comunicação dissemina e mantém a imagem do fe-

minino, ou seja, pelos papéis sociais estereotipados orientados às mulheres na sociedade envolvente. É preciso questionar esta imagem reificada e romper os condicionamentos que naturalizam o feminino, além de retirá-la da invisibilidade, assumindo seu papel de protagonista da história. (SEGATO, 2002)

As manifestações e expressões da violência contra as mulheres – seja sexual, psicológica, física, moral, simbólica e patrimonial – acontecem de forma associada ou interdependente. Constituem formas de reafirmar o poder de dominação masculina e, por consequência, a condição de inferioridade e submissão da mulher. São situações que reforçam as condições assimétricas das relações intersubjetivas entre os gêneros, indicando novamente relações não horizontais.

Em outras palavras, as práticas de violência contra as mulheres constituem atos que evidenciam, concomitantemente, as condições de poder e de dominação exercidas pelos homens sobre as mulheres e a subordinação delas a eles. Essas premissas são produto de um sistema sociocultural hierárquico-patriarcal, que emerge inicialmente de modo mais forte na esfera familiar, e, ao mesmo tempo, ali garante sua reprodução e sua disseminação para outros ambientes. Em decorrência, esse sistema estrutura as relações interpessoais demarcadas por um diferencial hierárquico nos ordenamentos privados (emocional, psíquico e moral), assim como nas esferas públicas (institucionais, legislativas e jurídicas) e acaba por produzir uma instância paradigmática de sua naturalização. (ALMEIDA, BANDEIRA, 2004b, 154)

De qualquer forma, seja qual for o tipo de violência perpetrada contra a mulher, o bom atendimento às suas vítimas só será efetivo naqueles lugares em que há uma rede de atendimento às mulheres vítimas de violência, com funcionários sensibilizados para tratá-las.

Desigualdade de Gênero e Saúde Mental

Neste tópico analisaremos a influência da discriminação e violência contra as mulheres e suas consequências para a saúde mental. No referente ao adoecimento mental ficou claro que as descrições de gênero, raça e classe social e os diversos tipos de violência contra as mulheres são fontes que podem desencadear doenças.

O contexto de demasiadas demandas e precariedades colocam as mulheres negras e pobres diante de conflitos que comprometem suas relações e sua saúde mental:

Estudos da Organização Mundial da Saúde chamam atenção para a relação entre baixo status socioeconômico e prevalência de distúrbios psiquiátricos, como esquizofrenia, depressão maior, distúrbio de personalidade anti-social e abuso de substâncias... Sobretudo entre mulheres pobres, o contexto de pobreza social associadas à necessidade de prover para a família, à baixa escolaridade, à baixa renda, às dificuldades nas relações familiares e maritais as coloca em situação de extrema vulnerabilidade... O fato de estarem expostas a eventos de vida ameaçadores e que estão fora de seu controle com maior frequência do que entre a população geral, a pesada responsabilidade pela provisão familiar das mulheres pobres, explicando os sintomas que frequentemente experienciam. (COUTO-OLIVIERA, 2007, 56)

Couto-Oliveira salienta ainda que sentimentos de falta de autonomia e controle decorrentes das responsabilidades vivenciadas pelas mulheres pobres, especialmente a luta para prover a família estão associados a ocorrências de depressão. A relação entre pobreza e depressão é ainda mais evidente entre mulheres com crianças pequenas. Mais uma vez, aqui, a pesquisa que embasa essa reflexão proveu com abundância de dados, a relação que se evidencia entre o isolamento no âmbito do lar, a subalternização e sobreexploração de suas atividades ou ocupações com os sintomas mais declarados pelos pacientes das instituições trabalhadas. Tais sintomas se apresentaram nas formas de depressão, melancolia, choro sem razão ou motivo, dores de cabeça, tremores e palpitações, tristeza, ansiedade, dentre outros.

Assim, fator substantivo que contribui para o adoecimento mental das mulheres é a forte articulação entre a discriminação de gênero, classe social e raça. Belle e Coucet (2003) salientam que a discriminação pode fazer com que a pessoa desenvolva sintomas de estresse, agressividade, tristeza, egotismos e ansiedade. Além disso, compromete a eficiência de dos trabalhos que requeiram capacidade cognitiva.

Seja pela desvantagem financeira ou pela discriminação, pela dimensão material ou simbólica (valores, atitudes, re-

gras de comportamento e interação) do fenômeno, estudos em todo o mundo têm demonstrado a suscetibilidade de mulheres pobres a problemas relacionados à saúde mental ... O impacto dessas e outras questões socioeconômicas e culturais sobre a saúde física e mental das mulheres torna-se, portanto, tema fundamental de estudo para a psicologia, em especial, a psicologia clínica. (COUTO-OLIVIERA, 2007, 59)

A violência contra as mulheres constitui, portanto, importante fator para o comprometimento da saúde mental. Se a violência por si só, já desencadeia o adoecimento mental, num contexto de pobreza, torna-se sobremaneira perverso.

Medir a magnitude dos efeitos da violência sobre a saúde da mulher é uma tarefa extremamente complexa e delicada. Em geral as mulheres que vivem em situação de violência procuram um serviço de saúde pelos sintomas que apresentam e não pela violência sofrida. O serviço de saúde é visto como um lugar a ser buscado para tratamentos de doenças e não um lugar onde se pode falar abertamente, por exemplo, dos conflitos vivenciados na situação conjugal. A maior parte dos profissionais de saúde não foi treinada para decodificar as queixas que podem estar associadas à violência, e quando conseguem estabelecer este vínculo ou levantar esta hipótese, sentem dificuldade em abordar a situação com a paciente. (RHAMAS, 2010).

A linguagem dos sintomas e diagnósticos não abarca o universo multifatorial da violência. Desta forma, para que o setor saúde incorpore a violência doméstica e sexual como questão de saúde pública, é necessário que todos os envolvidos encarem o desafio de recriar a linguagem da saúde, redimensionando o espaço da doença e das em pessoas, que vivem cada uma a sua história, em diferentes contextos, com diferentes necessidades, porém com iguais direitos de opinar sobre a forma como querem ser tratadas e ajudadas na resolução de seus problemas. (RHAMAS, 2010)

A violência debilita a saúde mental das mulheres. As consequências psicológicas do abuso são de extrema gravidade. Essa experiência tem o potencial de destruir a auto-estima das mulheres e a expõe a um risco muito elevado de sofrer problemas mentais, dentre eles, estresse pós-traumático, depressão, ansiedade,

disfunção sexual, desordens alimentares, comportamentos obsessivo-compulsivos, tendência ao suicídios.

Pensar tais elementos de vulnerabilidade e a necessidade de proteção presentes na concretude de vida de mulheres pobres e negras, é entender que as múltiplas formas da articulação entre gênero, pobreza e raça produzem desdobramentos e consequências dramáticas para a saúde física e mental das mesmas. Nesse sentido é fundamental não nos escapar a necessidade de considerar nessa equação, também e principalmente, a precariedade das políticas e dos serviços no campo da saúde mental.

É fundamental entender, tal como propõe Verusca Couto-Oliveira, que

Os programas e políticas em saúde mental de mulheres devem implicar em uma abordagem de saúde pública que não se limite à medicalização da queixa, mas que inclua o atendimento transdisciplinar, a fim de que essas mulheres possam desenvolver múltiplas estratégias de enfrentamento diante das situações adversas que permeiam suas vidas. Ao expandirmos a compreensão sobre as queixas e as interações e processos de risco que levam a elas, tornaremos a prevenção mais eficaz. Ao mesmo tempo, tornaremos as mulheres mais autônomas e ativas na busca de recursos tanto individuais e relacionais, quanto de recursos sociais que protejam sua saúde e a de sua família. (COUTO-OLIVEIRA, 2007, 258)

Diversos elementos convergem para a constituição ou manutenção de um quadro ou situação de saúde psíquica. Nos parece indiscutível, todavia, que a articulação entre gênero, pobreza e discriminação racial produz impacto devastador no quadro geral da saúde mental das mulheres, constituindo elemento fulcral para o seu adoecimento.

Dessa forma, é a capacidade de surpreender a articulação desses fatores, gênero, pobreza e discriminação racial, seus impactos no quadro geral da saúde mental das mulheres e sua capacidade de produzir, reproduzir e manter múltiplas hierarquias em situações sociais assimétricas de poder que se poderá quicá construir coletivamente ações preventivas ou políticas públicas responsáveis no campo da saúde mental, especialmente no campo da saúde mental das mulheres, particularmente das mulheres mais pobres e não-brancas.

Tânia Almeida e Lourdes Bandeira (2004c) salientam, que no caso específico da violência contra as mulheres, as políticas públicas de atendimento devem ser conectadas entre si, funcionando em rede. O sistema de atendimento em rede tem como características a ideia de elo, de vínculo, de entrelaçamento entre instituições para promover possibilidades de reconstrução do que se denomina “cidadania ferida”, impedindo ou diminuindo, dessa forma, a possibilidade de adoecimento mental das mulheres vitimizadas. Deve-se, ainda incluir o atendimento ao agressor como forma de romper com o ciclo da violência.

As dolorosas e complexas situações humanas presentes nos acontecimentos dessa violência requerem da sociedade atenção tanto à vítima, quanto ao agressor, apoiando-os com processos de construção de novas simbolizações e recuperação de suas trajetórias individuais e familiares, favorecendo a surgimento de atrizes/atores sociais mais íntegros/os, responsáveis e saudáveis psíquica e emocionalmente, com possibilidades de ver a mulher não mais como mero objeto de seu domínio.(...) Na verdade, por intermédio dessa atenção, espera-se que as pessoas envolvidas nos atos violentos possam assumir a condição ativa de sujeitos de suas histórias, agindo de modo que não reproduzam os modelos apreendidos e introjetados hoje, no caso das crianças, ou no passado, no caso dos adultos. Para tanto, é fundamental assegurar-lhes estruturas e recursos apropriados, a participação plena e consciente nas decisões e nos processos que lhes afetam diretamente, o que requer romper, muitas vezes, com arraigados padrões antigos e/ou tradicionais. (ALMEIDA, BANDEIRA, 2004c, 119)

Referências bibliográficas:

ALMEIDA, Tânia e BANDEIRA, Lourdes. *A Violência contra as mulheres: do acolhimento à (in)tolerância*. Brasília:UNIFOR, 2004a.

ALMEIDA, Tânia e BANDEIRA, Lourdes. “Políticas públicas destinadas ao combate da violência contra as mulheres – por uma perspectiva feminista, de gênero e de direitos humanos”. In: BANDEIRA, Lourdes, ALMEIDA, Tânia, MENEZES, Andrea. *Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da região Centro-Oeste*. Cadernos Agende, v.5, dezembro de 2004b.

ALMEIDA, Tânia e BANDEIRA, Lourdes. “Organização em rede em uma perspectiva feminista: serviços integrados de apoio às mulheres em situação de violência.”. In: BANDEIRA, Lourdes, ALMEIDA, Tânia, MENEZES, Andrea. *Violência contra as*

mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da região Centro-Oeste. Cadernos Agende, v.5, dezembro de 2004c.

BANDEIRA, Lourdes. *Brasil: Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Para avançar na Transversalização da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas*. Brasília, CEPAL, 2004.

BANDEIRA, Lourdes, ALMEIDA, Tânia, MENEZES, Andrea. *Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da região Centro-Oeste*. Cadernos Agende, v.5, dezembro de 2004.

BANDEIRA, Lourdes, BATISTA, Analia S. *Preconceito e discriminação como expressões de violência*. In: Revista Estudos Feministas, CFH/CCE/UFSC. v. 10. n. 1/2002, Florianópolis.

BELLE, Deborah, DOUCET, Joanne. *Poverty, inequality and discrimination as sources of depression among U.S. Women*. Psychology of Women Quarterly, 2003.

COUTO-OLIVEIRA, Verusca. *Vida de Mulher: Gênero, Pobreza, Saúde Mental e Resiliência*. Brasília, UnB, 2007. Tese de doutorado.

FRANCISQUETTI, Paula. *Saúde Mental e Violência: Considerações acerca do atendimento em saúde mental a mulheres em situações de violência*. Disponível em: www.mulheres.org.br/violencia/documentos/saude_mental_e_violencia.pdf. acesso em 03 de setembro de 2010.

IPEA, UNIFEM. *Retrato da Desigualdade: Raça e Gênero*. Brasília, IPEA, UNIFEM, 2005

MACHADO, Lia Zanota. *Matar e Morrer no Masculino e no Feminino*. In: LIMA, Ricardo, OLIVEIRA, Djaci, GERALDES, Elen (orgs.) *Primavera já partiu: Retratos dos homicídios Femininos no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes e MNDH, 1998.

MELO, Hildete. *Gênero e Pobreza no Brasil*. Brasília, CEPAL e SPM, 2005.

MELO, Hildete. *O Serviço doméstico Remunerado no Brasil: De Criadas a Trabalhadoras*. Rio de Janeiro, IPEA, 1998.

MORAES, Eunice Léa. *Construindo Identidades Sociais: Relação Gênero e Raça na Política Pública de qualificação social e Profissionais*. Brasília, TEM, 2005.

PANDJIRIAN, Valéria. *Os Estereótipos de Gênero nos Processos Judiciais e a Violência contra a Mulher na Legislação*. [Trabalho apresentado no Seminário Advocaca Pro Bono: Em Defesa da Mulher Vítima de Violência. São Paulo, novembro, 2001.]

PIMENTEL, Sílvia, SCHRITZMEYER, Ana Lúcia P., PANDJIARJIAN, Valéria. *Estupro: crime ou “cortesia”? Abordagem sociojurídica de gênero*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998.

QUEIROZ, Kátia. *Abuso Sexual: Conversando com esta realidade*. S/d. www.violenciasexual.org.br. Acessado em: 20 de junho de 2010.


RHAMAS. *Violência de Gênero e Saúde da Mulher*. Disponível em: www.ipas.org.br/rhamas/violenciagen.html. Acesso em: 02 de setembro de 2010.

SEGATO, Rita. *Imagens da Violência Psicológica na Mídia Alternativa: uma estratégia para ampliar a consciência dos direitos das mulheres em Brasília*. [Projeto apresentado a UNIFEM. Brasília, abril, 2002.]

SEGATO, Rita. *Os Percursos do Gênero na Antropologia e para além dela*. Brasília, UnB, 1998

SEGATO, Rita Laura. *Lasestructuraselementales de laviolencia*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SCOTT, Joan (1995). "Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica". In *Educação e Realidade*. vl. 20, n. 2, p. 71-99, Porto Alegre: Pannonica.



Este livro é destinado a apresentar os resultados da pesquisa realizada no Hospital São Vicente de Paulo e no Instituto de Saúde Mental, ambos domiciliados no Distrito federal. O trabalho buscou conhecer o perfil manicomial da população do Distrito Federal, através dos recortes de Raça e Gênero nas duas instituições públicas acima mencionadas. Trabalhar com essas duas Instituições públicas permitiu visualizar e melhor avaliar a Saúde mental Pública no Distrito Federal, no sentido mesmo de melhor compreender o que entende ou que prioridades elenca o governo do Distrito Federal para a Saúde Mental em Brasília, que políticas públicas desenvolve, sobretudo em relação às populações não brancas demandadoras de tratamento ou acompanhamento clínico psiquiátrico. A intenção foi, portanto, iluminar como vivem, onde vivem, que condições de saneamento básico, de equipagem pública essencial são a elas disponibilizada nos locais onde habitam, de onde são provenientes, que profissão e emprego têm, qual o grau de instrução possuída por esses homens e mulheres negros, brancos e pardos, habitantes do Distrito Federal e demandadores de atendimento nas Instituições públicas da Capital do país. Foi, portanto, objeto da presente pesquisa, na esteira dessas considerações, perceber; a proporção dessas pessoas, sobretudo negras e pardas ali acolhidas relativamente ao outro extrato populacional, a população branca. Para além disso, nos interessou, contudo, levantar que perturbações, desconfortos, enfermidades ou sofrimentos padecem ou dos quais se queixam essas pessoas, mas também que diagnósticos mais se verificam ou foram indicados pelos profissionais médicos psiquiatras para o tratamento das queixas dos pacientes. Portanto, nos limites de nossos recursos, objetivamos construir um retrato o mais completo possível desse extrato populacional na sua relação com a saúde pública da Capital do país, mais especificamente com as Instituições da saúde mental públicas do DF.

ISBN 978-85-61990-16-9

